



# **Mentalidade de Silo nos Serviços de Saúde**

por

João Manuel Reis Caseiro Alves Pereira

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia  
de Serviços de Saúde**

Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Orientada por:

Raquel Filipa do Amaral Chambre de Meneses Soares Bastos Moutinho

Luísa Maria Correia Lopes Lobato

Setembro, 2017

## **Nota biográfica**

João Manuel Reis Caseiro Alves Pereira nascido em Viseu no dia nove de novembro de 1986 cidade onde residiu até em 2004 concluir o ensino secundário na Escola Secundária de Viriato com uma classificação de 19 valores. Residente no Porto.

É mestre em medicina desde 2011 pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, tendo obtido uma classificação final de 15 valores, e defendido a dissertação: “Importância do gene HLA-DRB1 nos pacientes com artrite reumatoide do norte de Portugal: estudo genético, radiológico e serológico”, na qual obteve uma classificação de 19 valores.

É licenciado desde 2015 em economia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e pós-graduado em psicoterapias cognitivo-comportamentais da infância e da adolescência pelo Instituto Português de Psicologia. É também, desde 2016, pós-graduado em psicoterapias cognitivo-comportamentais avançadas pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário.

Frequenta desde 2015 o mestrado em gestão e economia de serviços de saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto bem como, desde 2017, o doutoramento em ciências biomédicas do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Trabalha desde 2013 como médico interno de psiquiatria da infância e da adolescência no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto. Trabalhou em 2012 como médico interno geral no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Foi em novembro de 2017 eleito para um segundo mandato como vice-presidente da Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e é o delegado português na European Federation of Psychiatric Trainees.

## **Resumo**

Nas últimas décadas vários autores referiram a importância da mentalidade de silo nos serviços de saúde. O normal funcionamento de organizações com a complexidade dos hospitais requer níveis muito elevados de entendimento e cooperação entre grupos profissionais com diferentes percursos e expectativas. Apesar da mentalidade de silo nos serviços de saúde parecer um problema significativo para a organização, colaboradores e clientes, não existe um enquadramento teórico empiricamente sustentando e falta uma clarificação conceptual do termo.

Com este trabalho pretendeu-se perceber se os colaboradores de uma organização de saúde consideravam a problemática contida no termo mentalidade de silo relevante no contexto dos serviços de saúde, analisando as suas causas, configuração e consequências, e clarificar o termo. Para tal utilizou-se uma metodologia de combinação sistemática sendo a informação recolhida através de grupos focais.

Os participantes consideraram a problemática relevante. Esta é consequência do modelo organizacional, segmentado funcionalmente e por grupos profissionais, com insuficientes canais de comunicação. A configuração dos silos é essencialmente matricial: silos horizontais, correspondentes aos serviços e classes profissionais, e silos verticais, representados pelos níveis hierárquicos. A mentalidade de silo afeta a eficiência da organização pois provoca conflitos e gera redundância e desperdício. Causa desgaste e desmotivação entre profissionais e frustra os clientes que recebem piores cuidados e não vêem os problemas resolvidos em tempo útil.

A mentalidade de silo nos serviços de saúde pode ser definida como o conjunto das crenças, individuais ou grupais, que podem causar divisões dentro de uma organização de saúde e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados, com consequências negativas para a organização, colaboradores e clientes.

Perante a informação recolhida várias questões se levantam. Por um lado, a necessidade de discutir e pensar o modelo organizacional dos serviços de saúde. Por outro, dentro do modelo existente, é preciso perceber o que pode ser feito para mitigar as insuficiências ao nível da comunicação, cooperação e integração do trabalho.

Códigos-JEL: H89, I19, M14.

Palavras-chave: cultura organizacional, serviços de saúde, administração pública, mentalidade de silo.

## **Abstract**

In the last decades many authors have referred to the importance of silo mentality in healthcare. The functioning of complex organizations such as hospitals requires high levels of understanding and cooperation between professional groups with different professional pathways and expectations. Even though silo mentality appears to be a significant challenge to organizations, employees and clients, there is no empirically supported theoretical framework and a conceptual clarification of the term is in need.

The objective of this study was to understand if people working in healthcare find silo mentality a significant problem. If so, to understand its causes, configuration and consequences, and clarify the term. A systemic combining methodology was used and the information was gathered using focus groups.

Healthcare professionals who participated in the groups found it a significant problem. Silo mentality is a consequence of the organizational structure, with departments divided functionally and professionally, and with insufficient communication channels. The silo configuration is essentially matrixial with horizontal silos, the services and the professional classes; and vertical silos, the different hierarchical levels. Silo mentality compromises the efficiency of the organization and promotes conflicts, redundancy and waste. It distresses and demotivates the employees and frustrates clients who receive worse care and do not have their problems solved on time.

Silo mentality in healthcare can be defined as the set of individual or group mindsets that can cause divisions inside a health organization and that can result in the creation of barriers to communication and the development of disjointed work processes with negative consequences to the organization, employees and clients.

These findings suggest that, on the one hand, the benefits of the present healthcare organizations structure should be evaluated and, on the other hand, that strategies to mitigate its insufficiencies in communication, cooperation and work integration should be discussed.

JEL-codes: H89, I19, M14.

Key-words: corporate culture, healthcare, public administration, silo mentality.

## Índice

Nota biográfica .....	i
Resumo .....	ii
Abstract.....	iii
Índice .....	iv
Índice de quadros .....	vi
Introdução .....	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico e revisão bibliográfica .....	3
1.1 Conceito de mentalidade de silo.....	3
1.2 Causas da mentalidade de silo .....	6
1.2.1 Ao nível do indivíduo.....	7
1.2.2 Ao nível do grupo.....	7
1.2.3 Ao nível da organização .....	9
1.2.4 Ao nível da liderança.....	10
1.2.5 Ao nível da cultura .....	11
1.3 Configuração dos silos .....	11
1.4 Consequências da mentalidade de silo .....	13
1.4.1 Ao nível dos colaboradores .....	13
1.4.2 Ao nível da organização .....	14
1.4.3 Ao nível dos clientes .....	16
1.5 Mentalidade de silo nos serviços de saúde .....	17
1.5.1 Causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde .....	18
1.5.2 Consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde.....	21
1.6 Conclusão .....	22
Capítulo 2. Metodologia .....	24
2.1. Método de análise.....	24
2.2. Enquadramento institucional e fontes de informação .....	25
2.3. Conclusão .....	30
Capítulo 3. Resultados .....	32
3.1. Caracterização dos grupos.....	32
3.2. Recolha sistemática do conteúdo das entrevistas .....	34

3.3. Conclusão .....	36
Capítulo 4. Discussão .....	37
4.1. Causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde .....	37
4.1.1 Ao nível do indivíduo .....	37
4.1.2 Ao nível do grupo .....	39
4.1.3 Ao nível da organização .....	43
4.1.4 Ao nível da liderança .....	48
4.1.5 Ao nível da cultura .....	50
4.2. Configuração dos silos nos serviços de saúde .....	54
4.3. Consequência da mentalidade de silo nos serviços de saúde .....	58
4.3.1 Ao nível dos colaboradores .....	58
4.3.2 Ao nível da organização .....	60
4.3.3 Ao nível dos clientes .....	63
4.4. Especificidades da mentalidade de silo nos serviços de saúde .....	66
4.5. Definição de “mentalidade de silo nos serviços de saúde” .....	69
4.6. Conclusão .....	69
Capítulo 5. Conclusão .....	71
Referências bibliográficas .....	74
Anexos .....	78
Anexo 1: Protocolo de investigação .....	78
Anexo 2: Autorizações do Centro Hospitalar do Porto .....	84
Anexo 3: Informação para participantes .....	87
Anexo 4: Guião dos grupos focais .....	88

## **Índice de quadros**

Quadro 1 – Grupos profissionais que constituem os grupos focais .....	26
Quadro 2 – Quadro de temas inicial e sua descrição .....	29
Quadro 3 – Características dos grupos focais e dos participantes .....	32
Quadro 4 – Quadro de temas final: descrição e frequência nos grupos focais .....	35
Quadro 5 – Estereótipos entre classes de prestadoras de cuidados de saúde.....	53

## Introdução

Numa entrevista ao *Harvard Business Review* o cirurgião e escritor Atul Gawade<sup>1</sup> refere que:

“Comemoramos os cowboys, mas aquilo de que realmente necessitamos é de equipas de mecânicos de Fórmula 1. Há muita mentalidade de silo nos cuidados de saúde – a mentalidade de que “Esse problema não é meu; alguém tratará do assunto” – e isso é muito perigoso.”<sup>2</sup>

Nas últimas duas décadas muitos autores falaram sobre a importância da mentalidade de silo nos cuidados de saúde (Hajek, 2013; Kumarasamy & Sanfilippo, 2015; Vatanpour, Khorramnia, & Forutan, 2013), já que, o normal funcionamento de organizações com a complexidade dos hospitais requer níveis muito elevados de entendimento e de cooperação entre grupos profissionais com diferentes percursos e expectativas (Vatanpour et al., 2013).

Com o progresso técnico e a especialização médica o número de serviços e departamentos nos hospitais teve um grande incremento. A competição entre estas unidades foi aumentando e a sua indisponibilidade para partilhar informação bem como o modo de pensar dos seus funcionários, conduziu a uma diminuição da eficiência e contribuiu não só para a perda de confiança entre profissionais, mas também de uma cultura produtiva (Langley & Warner, 1990; Waldman, 2007). Aliás, e apesar de poder ser expectável que, com organizações mais descentralizadas, onde o trabalho em equipa é privilegiado, a mentalidade de silo seja menos provável os estudos conduzidos pela *American Management Society* mostram uma realidade bem diferente (Stone, 2004).

Os silos podem ser definidos como grupos que tendem a trabalhar por si, como uma unidade autónoma, dentro de uma organização, condicionando a interação dos membros das diferentes unidades (Vatanpour et al., 2013). Se numa quinta os silos previnem que os diferentes cereais se misturem, numa organização conduzem a uma menor produtividade, já que os colaboradores apresentam uma maior relutância na cooperação e na integração do seu trabalho nas várias funções dentro da organização (Chopra, 2001 cit. por Vatanpour et al., 2013). Estes surgem não apenas nas organizações, mas

1) Morse, G. (2010). Health Care Needs a New kind of hero. *Harvard Business Review*. Disponível em <https://hbr.org/2010/04/health-care-needs-a-new-kind-of-hero>. Acedido em 12.12.2016.

2) tradução livre



também entre disciplinas, ocupações ou até metodologias (Fenwick, Seville, Brunsdon, & Resilient, 2009).

O termo mentalidade de silo é frequentemente utilizado para descrever as crenças individuais ou grupais que podem causar divisão e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados. Este tipo de mentalidade pode reduzir a motivação e gerar indiferença em relação às necessidades dos outros (Vatanpour et al., 2013). Assim, a ênfase deve ser posta na natureza não física das barreiras.

Apesar da mentalidade de silo nos serviços de saúde parecer ser um problema significativo para a organização, colaboradores e utentes, a literatura sobre a temática é escassa. Falta não só um enquadramento teórico empiricamente sustentado, mas também uma clarificação conceptual do próprio termo, já que a terminologia tem um papel central na comunicação daquilo que pensamos sobre um assunto, na forma como o abordamos e como com ele lidamos (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Com este trabalho, pretende-se, recorrendo a grupos focais, perceber se os profissionais de saúde consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde. Em caso afirmativo, procurar-se-á perceber as suas causas e configuração dentro da organização e apresentar uma definição de “mentalidade de silo nos serviços de saúde”, construída levando em conta a informação recolhida. Por último, é objetivo deste trabalho perceber se a “mentalidade de silo” é responsável, e em que medida, por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, pelos profissionais de saúde e pelos utentes.

Desta forma, e tratando-se de um estudo essencialmente exploratório, foi efetuada, no capítulo 1, uma revisão sistemática da literatura. A partir desta, construiu-se um quadro de temas que se foi alterando durante o estudo, com base nos grupos focais efetuados, cuja metodologia e resultados são apresentados nos capítulos 2 e 3, num processo de combinação sistemática (*systematic combining*) (Dubois & Gadde, 2002) em que o enquadramento teórico, o trabalho de campo e a sua análise, evoluíram simultaneamente, com vista à elaboração de um quadro de temas final. Este quadro foi analisado e discutido no capítulo 4.

## Capítulo 1. Enquadramento teórico e revisão bibliográfica

Com vista à obtenção de uma visão geral sobre a mentalidade de silo, neste capítulo será feito um enquadramento teórico e uma revisão da literatura que será organizado em seis partes. Na primeira parte será revisto o conceito de mentalidade de silo, na segunda serão discutidas as suas causas, de seguida a sua configuração, as suas consequências e por último as suas especificidades no contexto dos serviços de saúde.

No final do capítulo serão apresentadas as conclusões da revisão bibliográfica efetuada.

### 1.1 Conceito de mentalidade de silo

Terá sido Neebe, em 1987, o primeiro a utilizar o conceito de silo como uma metáfora para o comportamento organizacional (Cilliers & Greyvenstein, 2012), fazendo o paralelo entre os silos de cereais e a forma desligada, isolada e com poucas vias de comunicação, como as várias partes de algumas organizações muitas vezes funcionam. Os silos agrícolas são grandes torres, normalmente sem janelas, utilizadas para o armazenamento de grãos. Estas estruturas encontram-se normalmente dispersas, sendo compreensível que os cereais contidos num silo dificilmente possam migrar ou ser movidos de uma torre para outra (Cromity & de Stricker, 2011).

Em 1988, Ensor usa o termo síndrome dos silos funcionais (*functional silo syndrome*) (Ensor, 1988), descrevendo-o como o resultado da ausência de partilha de objetivos comuns dentro da organização e de uma comunicação vertical do tipo de cima para baixo (*top-down*). Este funcionamento resultaria em organizações incapazes de aprender, que repetem constantemente os mesmos erros, onde não existe confiança ou preocupação mútua e com um comportamento essencialmente reativo, ao invés de proactivo, às decisões hierárquicas.

Nesse mesmo ano o *Association for Manufacturing Excellence Study Group on Functional Organization* enfatiza o tema referindo que, para além da definição já referida, é importante considerar também a de Meyers (Organization, 1988) que define o síndrome dos silos funcionais como o resultado da existência de diferentes identidades, consoante a função dentro da organização, havendo uma lealdade primeiro

à função e só depois à organização. As diferentes culturas internas próprias de cada silo prejudicariam a comunicação e levantariam dificuldades na cooperação com outros silos dentro da organização vistos como competidores, de forma a assegurar a soberania do silo e a sua continuidade (Organization, 1988). Assim, as funções clássicas de uma empresa de manufatura: produção, engenharia, I&D, marketing, contabilidade, finanças e recursos humanos estariam isoladas em silos internamente hierarquizados.

Nesse mesmo artigo (Organization, 1988) é constatado que várias empresas, ao depararem-se com os problemas resultantes desta problemática, já teriam implementado programas específicos. São exemplos disto mesmo o *Goodyear Model*, implementado nas suas fábricas de pneus e o *Xerox Model*, que abordava a problemática numa lógica *start at corporate*, essencialmente inversa à da Goodyear, com o intuito de centrar o seu foco nos clientes externos. No mesmo sentido, também a *International Business Machines* (IBM) se reorganizou, com o intuito de se aproximar mais dos seus clientes (Organization, 1988).

Os silos podem ser definidos como grupos que tendem a trabalhar por si, como uma unidade autónoma dentro de uma organização, condicionando a interação dos membros das diferentes unidades (Vatanpour et al., 2013). Se numa quinta os silos previnem que os diferentes cereais se misturem, numa organização conduzem a uma menor produtividade, já que os colaboradores apresentam uma maior relutância na cooperação e na integração do seu trabalho nas várias funções dentro da organização (Chopra, 2001 cit. por (Vatanpour et al., 2013). Os silos surgem não apenas nas organizações, mas também entre disciplinas, ocupações ou até metodologias (Fenwick et al., 2009).

O termo mentalidade de silo engloba numa única entidade as duas definições de síndrome dos silos funcionais, já que incorpora tanto a dimensão vertical como a horizontal. A mentalidade de silo pode definir-se como o conjunto das crenças individuais ou grupais potencialmente causadoras de divisão dentro de uma organização e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e à partilha de informação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados (Fenwick et al., 2009). Este tipo de mentalidade pode reduzir a motivação e gerar indiferença em relação às necessidades dos outros (Vatanpour et al., 2013). Assim, a ênfase deve ser colocada na natureza não física das barreiras.

É importante referir que nem todos os autores consideram a mentalidade de silo como sendo sempre negativa. Fenwick *et al* referem que a existência dos silos não é binária, mas antes um contínuo, e só quando estes atingem um determinado ponto e prejudicam o desempenho da empresa é que se tornam problemáticos (Fenwick et al., 2009). Há aliás autores que vão um pouco mais longe (Cromity & de Stricker, 2011) ao considerarem que há silos legítimos, como os referentes ao silêncio dos advogados ou dos médicos, em relação aos seus clientes. Ainda assim, é importante não confundir a mentalidade de silo com a cultura organizacional, esta última diz respeito à cultura de um determinado departamento enquanto a mentalidade de silo diz respeito à qualidade da comunicação e da cooperação entre departamentos, daí esta última ter tendencialmente uma conotação negativa.

Uma outra abordagem desta temática foi levada a cabo por Cilliers e Greyvenstein (2012) que, ao invés de olharem para os silos como entidades conscientes, racionais e objetivas, descreveram-nos recorrendo a um outro paradigma, o da psicanálise. Os silos representariam uma clivagem, uma barreira invisível capaz de conter o inconsciente coletivo da equipa e as fantasias e emoções organizacionais (Cilliers & Greyvenstein, 2012).

Alguns autores fazem referência ao termo barreiras funcionais (*functional barriers*) (Barratt, 2004) como um equivalente de mentalidade de silo. Ainda assim, por um lado este termo é utilizado com um significado diferente e específico na química (Feigenbaum et al., 2005), bem como na literatura sobre as dificuldades na circulação de pessoas com mobilidade reduzida (Golledge & Marston, 1999), por outro a natureza não física, enquanto processo psíquico, que se pretende contida no significado, parece ficar melhor plasmada no termo mentalidade de silo.

Surge na literatura ainda o termo paroquialismo organizacional (*organisational parochialism*) (Guelke, 2005), essencialmente como uma metáfora de mentalidade de silo mas, dado a noção depreciativa que traz associada, não parece ser o mais indicado.

O conceito de cuidados integrados (*integrated care*), frequente na literatura sobre gestão de serviços de saúde, tem um significado que está longe de ser universal (Kodner & Spreeuwenberg, 2002), apesar de estar, tal como o de mentalidade de silo, essencialmente alicerçado no pensamento sistémico, acaba por estar a jusante deste. Este, tomando a mentalidade de silo como uma das suas possíveis causas, apresenta-se,

e de acordo com a definição de Kodner e Spreeuwenberg (2002), como um conjunto coerente de metodologias e modelos de financiamento, administração, organização e prestação de serviços, não como um conjunto de crenças. Para além de causa, a mentalidade de silo pode também surgir como um entrave a uma integração de cuidados de saúde com êxito.

É importante acrescentar dois outros conceitos utilizados em artigos relacionados com os serviços de saúde e próximos ao de mentalidade de silo: silos informacionais (*informational silos*) e mentalidade de silo no orçamento (dos medicamentos) (*drug budget silo mentality*). O primeiro pode ser definido como um sistema de dados que não troca informações com um sistema de dados similar (Miller & Tucker, 2014). O segundo refere-se à restrição do orçamento de uma área em particular, neste caso dos medicamentos, ao invés de considerar a despesa em saúde como um todo (Drummond & Jönsson, 2003).

## **1.2 Causas da mentalidade de silo**

A *American Management Association* realizou um questionário sobre colaboração interna (Association, 2002) em que participaram 493 membros executivos da organização e clientes e que teve por objetivo verificar se os silos existiam. Concluiu que 83% dos inquiridos consideravam que existiam silos na sua organização e que destes 97% achavam que tinham um efeito negativo. As principais causas identificadas para o aparecimento de silos foram: a atitude dos gestores da unidade (81%), a indiferença em relação às necessidades dos outros departamentos (61%), a cultura da organização que não encoraja a colaboração (59%), a forma como o poder era distribuído na organização (54%) e a priorização das necessidades do departamento em relação às da organização (50%).

Esta secção, e de acordo com a informação recolhida na revisão bibliográfica, será organizada em cinco partes: causas ao nível do indivíduo, do grupo, da organização, da liderança e da cultura.

### **1.2.1 Ao nível do indivíduo**

Quer seja dentro da organização, entre organizações ou entre disciplinas, os silos têm a sua génese no comportamento humano (Fenwick et al., 2009). Sob a pressão de diferentes interesses, conflitos pessoais e expectativas, muitas vezes não expressos (Stone, 2004), há uma tendência natural para o isolamento e consequente estabelecimento de barreiras. Estas barreiras comportamentais são por sua vez o resultado do conjunto das atitudes, motivações, idade, ambiente e cultura do indivíduo (Cromity & de Stricker, 2011). Os vários atores, e as próprias áreas de negócio que representam, têm uma agenda própria, muitas vezes escondida, e o interesse da organização vem naturalmente depois do interesse pessoal (Schütz & Bloch, 2006).

A partilha faz também parte da natureza humana, esta ocorre muitas vezes espontaneamente, quer seja numa reunião, quando se toma um café ou numa simples conversa de corredor. Ainda assim, se a partilha de informação entra em conflito com os interesses pessoais, ou simplesmente consome muito tempo, não há incentivo, até pelo contrário, à sua realização. Acrescente-se a isto o facto de na maior parte das vezes não haver qualquer sistema de recompensa que incentive este comportamento (Cromity & de Stricker, 2011).

É ainda importante referir que a formação e o desenvolvimento inadequado ao nível das competências interpessoais resulta muitas vezes em estilos de comunicação inadequados e na incapacidade de construir relações de trabalho baseadas na cooperação (Stone, 2004).

### **1.2.2 Ao nível do grupo**

Os silos funcionais surgem de forma natural à medida que uma organização cresce já que surge a necessidade de que os colaboradores se especializem nas várias funções: produção, vendas, etc. Rapidamente surge a divisão das tarefas e a descrição dos trabalhos, inicialmente com o intuito de evitar conflitos, num processo de especialização, que rapidamente se enraíza e torna mais técnico, evoluindo para profissões (Organization, 1988).

As diferentes profissões apresentam-se ao colaborador como uma causa mais segura e nobre e os profissionais têm tendência a identificar-se mais com estas do que com as organizações. Se uma determinada função não pode ser identificada com um ofício ou uma técnica há pelo menos o estatuto e a segurança contidos na descrição de um trabalho. Entre os profissionais com um determinado estatuto surge uma outra camada de silos, por exemplo, entre operários ou profissionais liberais estabelecem-se respetivamente sindicatos e ordens profissionais. Estas distinções tendem a exacerbar os problemas comunicacionais (Organization, 1988).

Devido à divisão funcional do trabalho qualquer grande organização está dividida em departamentos: de marketing, desenvolvimento de produto, vendas, etc. A relação entre estes é por vezes marcada pela mentalidade de silo, dado que não há troca de informação e surge uma mentalidade competitiva do tipo “nós contra eles”. Com o tempo os departamentos adquirem uma cultura específica, com pontos de vista, modos de pensar, metodologias de trabalho, objetivos, valores, linguagem e uma gestão do tempo própria, que contribuem para a formação e consolidação destas identidades e culturas dentro dos departamentos e que apenas vão aprofundar as barreiras à comunicações interdepartamental (Barmyer & Sachseneder, 2013).

Os problemas tendem a surgir quando estas diferentes culturas não estão alinhadas, quer entre si, quer com os objetivos da organização (Fenwick et al., 2009). Os silos frequentemente criam um ambiente no qual os interesses de gestores de departamentos podem tomar precedente em relação ao bem-estar interno da organização (Stone, 2004). Dada a necessidade de distribuir financiamento, outros recursos e, porventura mais importante, poder e autoridade, pelos diferentes departamentos, as disputas tornam-se inevitavelmente frequentes, sendo muitas vezes travadas de forma amarga e com consequências para a imagem pública da organização. (Fenwick et al., 2009). Muitas vezes são as próprias compensações ligadas ao atingimento de determinadas metas que reforçam os comportamentos não cooperativos e a mentalidade de silo (Vatanpour et al., 2013).

A estas questões acrescenta-se a tendência de interação sistemática com os mesmos elementos, potenciada pela permanência dos colaboradores na mesma função muitas vezes por toda a sua carreira, que leva ao desenvolvimento de alianças internas preferenciais (Sy & Côté, 2004). Não é pois de estranhar que os colaboradores

adquiram um padrão de comportamento que beneficie a sua unidade e os que lhe são próximos, muitas vezes com prejuízo para a organização como um todo (Sy & Côté, 2004). Isto é potenciado pelo facto de os colaboradores reportarem aos gestores do seu departamento, normalmente os responsáveis pelas promoções e pela atribuição de incentivos (Vatanpour et al., 2013).

Pelos motivos já expressos pode concluir-se que os silos não têm natureza física, eles existem essencialmente na mente dos colaboradores, que têm uma impressão partilhada da realidade. Eles acreditam que se mantiverem os outros longe poderão manter o seu ambiente e a sua realidade aprazível, criar uma área de conforto, uma barreira que os proteja do mundo exterior, já que os outros “não são como nós” (Diamond, Allcorn, & Stein, 2004). Com esta identificação excessiva com o departamento reforçada entre pares, há um estreitar de horizontes e uma reatividade excessiva a todos os *inputs* ou *feedbacks* vindos do exterior que são interpretados como ataques e o pretexto perfeito para a vitimização. Os colaboradores individualmente sentem que não são responsáveis por nenhuma situação e que as causas dos problemas são sempre externas ao seu controlo (Vatanpour et al., 2013).

Os departamentos podem fragmentar-se em silos ainda mais pequenos que partilham elos pessoais fortes, uma área de conforto e que estabelecem uma comunicação preferencial que os separa do resto do seu departamento (Vatanpour et al., 2013).

### **1.2.3 Ao nível da organização**

Há bons motivos para uma empresa se organizar por funções. A proficiência técnica advém da especialização. Ao concentrar o conhecimento em relação a uma determinada problemática num único local esta será endereçada mais rápida e eficientemente. A especialização pode ainda assim chegar ao extremo do operador restrito a um único mecanismo e, eventualmente, limitar o progresso técnico, económico e até o desenvolvimento pessoal do colaborador. Ela é também apenas viável quando há uma economia de escala, já que é necessária uma enorme infraestrutura para gerar lucros que consigam suportar os custos associados a este tipo de organização (Organization, 1988).



Quando as estruturas organizacionais estão desenhadas de forma rígida em volta das áreas funcionais é necessário empreender um esforço muito maior quando surge a necessidade de trabalho interdepartamental (Fenwick et al., 2009). Os diferentes processos administrativos, organização do trabalho, modos de alocação de recursos e as diferentes visões sobre quem deve ser responsável por determinada tarefa conduzem frequentemente ao conflito. A própria cultura da organização, que tende a ser competitiva mais do que orientada para o trabalho em equipa, surge como um entrave (Stone, 2004).

Os silos surgem como um sintoma da disfunção existente na organização (Fenwick et al., 2009). De acordo com Carrol (Carrol, 1998 cit. por Fenwick et al., 2009), os colaboradores de diferentes níveis hierárquicos têm diferentes visões e podem ter dificuldade em comunicar. Isto deve-se muitas vezes ao facto das políticas e dos procedimentos serem vagos, abrindo lugar a diferentes interpretações por parte dos colaboradores de acordo com o seu posicionamento dentro da organização.

#### **1.2.4 Ao nível da liderança**

A gestão descentralizada pode ser vista como a raiz da problemática dos silos. Os gestores procuram responder aos objetivos que lhes foram propostos e arregimentam os seus subordinados para a sua causa. Ao fim de algum tempo os interesses do departamento sobrepõem-se aos da organização e quando esta visão individualista predomina sobre o espírito de equipa os silos emergem. Estes são, no fundo, uma perversão do conceito de gestão descentralizada. O diretor da organização estabelece metas ambiciosas e dota os gestores da autoridade e dos meios para as alcançar: um gestor tem a indicação para aumentar as vendas, outro para reduzir os custos e um terceiro terá de manter as finanças em ordem. Mas esta delegação de responsabilidades por parte do diretor negligencia a importância do trabalho em equipa na persecução de objetivos (Côté, 2002), contribuindo ela própria para o surgimento de silos.

Por outro lado, não é infrequente que a personalidade e o estilo de gestão dos líderes da organização encoraje conflitos e seja um mau modelo em relação ao respeito e incorporação das ideias ou necessidades dos outros. Igualmente relevante é a

incapacidade dos gestores de topo de tomarem uma posição forte frente aos executivos ou gestores que causam divisões e incentivam os silos dentro das organizações (Stone, 2004).

### **1.2.5 Ao nível da cultura**

A cultura departamental pode ser definida como o conjunto básico de pressupostos dos colaboradores de uma área funcional que se expressa sob a forma de valores ou artefactos culturais e foi sugerida como a origem da mentalidade de silo (Wiebeck cit. por Barmyer & Sachseneder, 2013).

As culturas formam-se através da comunicação, no decorrer de contactos sociais frequentes entre os membros de um determinado grupo, e consistem essencialmente num conjunto de ideias, perceções e comportamentos próprios (Helmers & Knie cit. por Barmyer & Sachseneder, 2013). Alguns estudos mostram que estas diferenças aumentam quando o grupo tem uma formação profissional, interesses e experiências laborais semelhantes (Chevrier, 2003) uma vez que a estas está associada uma identidade profissional. Ainda assim, num estudo qualitativo realizado em uma grande empresa do ramo automóvel na Turquia, concluiu-se que os objetivos do departamento são o fator que mais fortemente influencia a cultura dos diferentes departamentos. De acordo com estes autores a cultura de um departamento é melhor caracterizada pelos seus objetivos do que pela sua cultura profissional (Barmyer & Sachseneder, 2013).

A cultura departamental diz respeito a um único departamento, ainda que em comparação com outros, enquanto a mentalidade de silo diz respeito à qualidade da comunicação, integração e cooperação com outros departamentos. A cultura departamental pode assim ser uma causa da mentalidade de silo.

## **1.3 Configuração dos silos**

Os silos podem ser classificados de acordo com a direção em que se disseminam entre os colaboradores da organização como verticais ou horizontais (Vatanpour et al., 2013).

Como é amplamente discutido na secção anterior, a maior parte da literatura dispõe os silos horizontalmente, de acordo com as funções que os departamentos desempenham dentro da organização: produção, vendas, marketing, investigação e desenvolvimento, etc. (Barmyer & Sachseneder, 2013; Organization, 1988). É também reconhecida a sua dimensão vertical, a visão dos silos como uma perversão da gestão descentralizada (Côté, 2002) e o reconhecimento de que a problemática se aprofunda pela forma como o poder e os objetivos são distribuídos pelos diversos níveis hierárquicos da organização (Stone, 2004).

Há ainda assim organizações aparentemente mais complexas que a típica empresa do sector privado em que prevalece uma lógica de economia de escala e onde as funções estão tipicamente compartimentadas pelos departamentos. Um bom exemplo destas organizações complexas são as universidades e os hospitais. Nestes últimos, vários grupos profissionais com diferentes percursos académicos, expectativas e funções, classicamente prestadores de cuidados de saúde, gestores e administrativos, convivem dentro de um mesmo departamento (Fenwick et al., 2009). A natureza do trabalho exige níveis muito elevados de cooperação entre diferentes profissões, o que, como discutido na secção anterior, é um campo fértil para a proliferação dos silos (Organization, 1988). Desta forma pode considerar-se que os silos têm uma outra dimensão horizontal, para além da função departamental, a classe profissional.

Dentro dos departamentos e de um grupo profissional podem ainda existir silos mais pequenos, pessoas que partilham interesses, elos pessoais fortes ou uma determinada área de conforto, e que estabelecem uma comunicação preferencial que os separa do resto do seu departamento (Vatanpour et al., 2013). Estes podem ser uma força de bloqueio particularmente forte. Mantendo o exemplo dos hospitais, não são raras as situações em que disputas internas entre médicos de um mesmo departamento têm consequências graves para a organização.

Os silos podem ainda surgir entre organizações, um bom exemplo disto é aquilo a que se chama homofilia organizacional, a tendência para uma organização se relacionar e formar novos laços com organizações semelhantes (Bevc, Retrum, & Varda, 2015), muitas vezes de acordo com os silos disciplinares ou metodológicos a que pertencem.

## 1.4 Consequências da mentalidade de silo

As consequências da mentalidade de silo podem fazer-se sentir em vários níveis. Esta secção, e de acordo com a informação recolhida, será organizada em três partes: consequências da mentalidade de silo ao nível dos colaboradores, da organização e dos clientes.

### 1.4.1 Ao nível dos colaboradores

Departamentos onde prevalece a mentalidade de silo, que não conseguem comunicar entre si e que ao tentarem, através de reuniões infundáveis, não conseguem tomar qualquer decisão, produzem mais fricção e tensão do que trabalho. O tempo despendido nestes processos esgota os colaboradores e, tendencialmente, extrema ainda mais as posições (Schütz & Bloch, 2006).

Baseados nos seus estudos, Schütz & Bloch sugerem sete padrões de comportamento tipo por parte dos colaboradores na presença de silos (Schütz & Bloch, 2006):

- Defensor do silo – protege o seu território e se sente que alguém o invade agride;
- Emigrante – psicologicamente abandonou a organização. Postura de responsabilidade zero;
- Bloqueador – Faz tudo para manter o *status quo* e ao contrário do emigrante resiste ativamente. Se tudo for como sempre foi está bem;
- Intriguista – explora informação confidencial, espalha rumores e manipula. Está interessado em obter poder independentemente dos custos para a organização;
- Oportunista – como um camaleão muda de opinião consoante o que o rodeia. É um intriguista suave, procura evadir-se da autoridade e aliar-se ao mais forte;
- Evolucionista – aperfeiçoa-se a si e aos que o rodeiam. Procura o bem comum e só embarca em discussões produtivas. Mantém a organização em funcionamento;

- Revolucionário – gosta de interferir, é um resistente ativo e tenta derrubar as barreiras entre departamentos sem diplomacia. Para o descrever os autores recorrem à imagem de D. Quixote a batalhar contra moinhos de vento.

A mentalidade de silo reduz, assim, a eficiência e a motivação dos colaboradores. As dificuldades na comunicação conduzem ao erro e ao apontar de dedos. Os colaboradores procuram demarcar-se dos erros e recusam responsabilidades para não prejudicar a sua credibilidade e potencial progressão na carreira. No final todos os colaboradores se sentem como vítimas (Vatanpour et al., 2013).

Um conjunto alargado de reações físicas e mentais a estas situações de tensão, que vão das úlceras gástricas à ansiedade, astenia e agressividade, prejudicam a saúde e o bem-estar dos colaboradores. Estes tornam-se inclusive os portadores do “vírus dos silos” (Schütz & Bloch, 2006), já que são eles, não os departamentos em si, que disseminam os comportamentos. As interações dão-se entre pessoas, não entre departamentos, mas as consequências fazem-se sentir por toda a organização.

#### **1.4.2 Ao nível da organização**

À medida que a mentalidade de silo se instala na organização surgem dificuldades na comunicação, falta de cooperação, perda de confiança e competição interna. Os departamentos interagem não como parte de uma mesma organização, mas como competidores e perseguem os seus objetivos individuais sem consideração pelas consequências destas ações para os restantes departamentos (Barmyer & Sachseneder, 2013; Côté, 2002; Stone, 2004).

As barreiras à comunicação promovem o isolamento que tem um impacto negativo nos processos já que há uma carência de integração das funções. Isto é particularmente grave nas organizações que prestam serviços pois compromete a possibilidade de oferecer soluções integradas aos clientes. Os colaboradores podem até apresentar relutância em referenciar os clientes para outros serviços da organização. A cooperação mantida ao mínimo tem custos para a organização, nomeadamente tempo, energia e dinheiro (Vatanpour et al., 2013).

Com o isolamento os departamentos começam a ser mais opacos e a ter uma visão distorcida sobre as atividades geradoras de valor das outras unidades. Em pouco tempo haverá queixas em relação à forma como os outros trabalham e se organizam, campo fértil para o florescimento de todo o tipo de estereótipos. Esta mesma situação foi evidenciada por um estudo sobre conflitos interdepartamentais realizado na Alemanha, no qual participaram 300 organizações, que comparou as percepções internas e externas dos diferentes departamentos (Schütz & Bloch, 2006).

A visão em túnel e autocentrada leva à incapacidade de atingir objetivos comuns e aumenta a probabilidade de haver duplicação de esforços, já que não há coordenação através da colaboração (Chisita & Abdullahi, 2012). As barreiras e bloqueios dificultam a gestão e coartam a criatividade e a inovação (Stone, 2004).

Não raras vezes as partes entram em choque. Os diretores concentram-se nos seus objetivos e, como não estão à espera que os homólogos os assistam no atingimento das suas metas, não se preocupam, ou fazem um esforço mínimo, na coordenação e cooperação com os outros gestores. Passam aos seus colaboradores a mensagem de que é preciso atingir as metas do departamento e que os outros é que têm de cuidar deles próprios (Côté, 2002).

Os silos diminuem a eficiência e isto é mais evidente nas organizações diversificadas e de grandes dimensões nas quais os silos se espalham através das unidades de negócio. Quebrar estas barreiras geraria valor já que seria possível partilhar serviços, competências e sistemas transversalmente, encorajando as boas práticas. Ainda assim, o mais importante seria a redução das tensões não produtivas dentro da organização (Côté, 2002).

A implementação de mudanças dentro de uma organização onde os silos proliferam é muito difícil. Os líderes das unidades de negócio não têm uma perspetiva da organização como um todo e empreenderão este esforço numa lógica de “vencedores e vencidos”, que apenas aumentará a tensão dentro da organização. Isto acontece porque cada unidade tenta explicar as transformações e mudanças apenas a partir da sua perspetiva, apontando de que forma as suas metodologias de trabalho serão afetadas e o que a unidade precisará de fazer para a mudança ser empreendida com sucesso. Isto cria um elemento competitivo, com os líderes da unidade a tentarem ser aqueles que

implementam a mudança mais rapidamente, com menos problemas e com o melhor *feedback* dos superiores hierárquicos (Franklin, 2014).

Não há um local onde as responsabilidades e implicações para a organização como um todo sejam discutidas e quando os vários líderes se juntam em reuniões de direção as mudanças já estão em marcha. Isto é consequência de um tipo de visão muito prevalente dentro de organizações com culturas hierárquicas muito enraizadas, de que a organização é apenas a soma das várias partes e que estas é que têm de responder individualmente aos desafios. Qualquer sugestão de que se deve ter uma perspetiva transversal e completa é acolhida com pouco entusiasmo. O maior problema desta visão individualista é que muitas vezes o progresso de uma unidade é feito à custa da eficácia e eficiência de outra. Também é frequente o desenvolvimento do mesmo projeto, separadamente, por duas unidades de negócio (Franklin, 2014) o que leva a duplicação de custos e esforços.

Numa economia de mercado apenas os melhores produtos sobrevivem. Por exemplo, quando uma organização não é capaz de ligar o mundo dos engenheiros: desenvolvimento, produção e logística; com o mundo das vendas, marketing e serviço ao consumidor, ela está em risco. Os mal-entendidos são inevitáveis já que os universos da engenharia e dos negócios, por terem formações, linguagens e objetivos distintos, são diferentes. Ainda assim é fundamental o seu esclarecimento e o estabelecimento de pontes colaborativas, caso contrário o negócio eventualmente colapsa (Schütz & Bloch, 2006).

### **1.4.3 Ao nível dos clientes**

Um cliente que tenha que lidar com uma organização onde os silos proliferam facilmente fica frustrado. O departamento de vendas é normalmente aquele que lida com os clientes e, por exemplo, na presença de um problema de qualidade, não é quem desenhou ou produziu o produto que interage com o cliente. As dificuldades na comunicação e colaboração dentro da organização comprometem a resolução em tempo útil do problema do cliente. Não é raro que o cliente se sinta a lidar com uma organização dividida (Organization, 1988), em que há um conjunto de pequenos

poderes, bloqueios de informação e soluções insulares que dificultam a resolução do seu problema. Nesta situação o cliente opta, frequentemente, por mudar para a concorrência (Schütz & Bloch, 2006), já que ele se relaciona com a organização como um todo e espera que esta reaja consistentemente às suas solicitações, independentemente da unidade da negócio com que interaja (Franklin, 2014).

As crises são inevitáveis, mas os clientes esperam que a organização tenha a capacidade de lidar com elas de forma adequada. As organizações resilientes são capazes de manter os seus *outputs* mesmo quando as crises ocorrem, mas para isto é necessário que exista um plano de ação e a capacidade de o operacionalizar. Os silos prejudicam a resiliência já que a comunicação e a flexibilidade necessárias à adaptação que as situações de crise exigem estão comprometidas (Fenwick et al., 2009).

Quando várias organizações necessitam de trabalhar em conjunto um atraso em qualquer um dos passos prejudica toda a cadeia de produção. A mentalidade de silo expressa-se muitas vezes no uso de materiais de qualidade inferior dando pouca atenção às necessidades dos clientes e na disponibilização de poucos recursos para o desenvolvimento dos produtos e dos serviços. Não tardarão a surgir dificuldades ao nível da qualidade, tempos de entrega e outros serviços prestados ao cliente que serão prejudiciais para toda a cadeia de produção (Vatanpour et al., 2013).

## **1.5 Mentalidade de silo nos serviços de saúde**

Nas últimas duas décadas muitos autores falaram sobre a importância da mentalidade de silo nos cuidados de saúde (Hajek, 2013; Kumarasamy & Sanfilippo, 2015; Vatanpour et al., 2013), já que, o normal funcionamento de organizações com a complexidade dos hospitais requer níveis muito elevados de entendimento e de cooperação entre grupos profissionais com diferentes percursos e expectativas (Vatanpour et al., 2013).

Esta secção, e de acordo com a informação recolhida, será organizada em duas partes: causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde e consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde. Para salvaguardar a clareza do raciocínio esta divisão não é completamente estanque sendo por vezes ambas as questões abordadas simultaneamente.



### **1.5.1 Causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde**

O modelo médico convencional baseia-se na autonomia e no individualismo e sugere que os erros podem ser erradicados através destes se aliados a uma devoção heroica à profissão. A organização altamente hierárquica que decorre deste modelo exerce o poder de cima para baixo focando-se na proficiência técnica com pouca referência a outras capacidades, como as de comunicação ou de perceção das necessidades do outro. Ignora ainda completamente o facto da má comunicação ser a principal causa dos erros clínicos (Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh, & Allard, 2006; Fletcher, McGeorge, Flin, Glavin, & Maran, 2002).

Com o progresso técnico e a especialização médica o número de serviços e departamentos nos hospitais teve um grande incremento. Ainda assim a organização não abandonou as conceptualizações mecanicistas do século XIX, mantendo essencialmente inalterada a sua matriz organizacional altamente rígida e hierarquizada (Drupsteen, Van der Vaart, & Van Donk, 2013). Nunca houve internamente uma perspetiva de cadeia de logística e a grande maioria dos hospitais gerais adotaram um modelo de organização funcional, construída à volta das especialidades médicas, essencialmente divisões anatómicas ou de segmentos da população (Lega & DePietro, 2005).

O negligenciar da interdependência dos serviços de saúde, no contexto de um mundo ambíguo e complexo (Waldman, 2007), teve consequências para a eficiência, capacidade de cooperação e de comunicação da organização. A forma como os gestores lidaram com a complexidade, tentando sistematicamente ignorá-la ou reduzi-la (Ashmos, Duchon, & McDaniel Jr, 2000), aprofundou ainda mais a problemática. Desta forma o afastamento entre gestores, reguladores e geridos é particularmente problemático nos serviços de saúde (Waldman, 2009), sendo os silos um dos resultados mais palpáveis.

A estrutura rígida foi sendo replicada ao longo da organização, normalmente assente no multiprofissionalismo, ao invés de uma verdadeira colaboração interprofissional, contribuindo para a tribalização das organizações de saúde. Um exemplo disto mesmo é a cultura típica dos blocos operatórios, caracterizada por fricções interprofissionais resultantes de uma comunicação e colaboração deficitária. Esta cultura é passada na

formação de futuros profissionais de saúde como uma espécie de currículo oculto (Paige et al., 2014).

Os serviços de saúde são constituídos por grupos de interesses especiais em que os seus membros têm especializações, formações académicas, sistemas sociais e abordagens ao seu trabalho próprias. As várias diferenças podem levar à desconfiança generalizada que apenas se consegue dissipar trabalhando em equipa e com o tempo, através da construção de relações (Drupsteen et al., 2013).

Os silos informacionais, sistemas de dados que não trocam informações com sistemas de dados similares (Miller & Tucker, 2014), são um contínuo da mentalidade de silo prevalente nos serviços, marcado pela ambiguidade entre a disponibilidade para partilhar dados e o desejo da sua ocultação de outros serviços, muitas vezes vistos como competidores. Esta situação é espelhada pelos resultados encontrados num estudo realizado nos Estados Unidos da América por Miller & Tucker. Este revelou que tanto os hospitais de grande dimensão, como os hospitais de especialidade apresentam uma maior indisponibilidade para partilhar informação com o exterior (Miller & Tucker, 2014).

A relação entre as duas componentes centrais dos serviços de saúde, os executivos hospitalares e os médicos, estes últimos como representantes de todos os prestadores de cuidados de saúde, é explorada por Waldman e Cohn (Waldman & Cohn, 2007). Estes relatam um desfazamento entre os dois grupos que se consubstancia nos diferentes modos de pensar, prioridades, incentivos e responsabilidades, e que tem por principais causas os diferentes percursos académicos, modos de socialização profissional e, em última instância, visões do mundo.

Para estes autores os prestadores de cuidados saúde estão comprometidos com a prestação de cuidados de saúde centrados no utente, livres de qualquer constrangimento. Aham que fazem aquilo que a sociedade quer e, como tal, lidam mal com as restrições que lhes são impostas pela organização, gestores ou agentes regulatórios. Desta forma dirigem o seu descontentamento e frustração ao alvo mais tangível: o gestor (Zuger, 2004).

Os executivos são responsáveis por criar as condições para que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade num contexto de recursos limitados. As suas decisões têm inevitavelmente impacto nos cuidados de saúde prestados. Os gestores também têm

as suas frustrações, foram educados para um ambiente em que máquinas, dinheiro e pessoas são simples meios para atingir um fim e não percebem a incapacidade dos clínicos em perceber as restrições de recursos (Cohn, 2005).

O equilíbrio de poderes nos cuidados de saúde tem-se alterado. O aumento de poder e influência dos gestores tem sido acompanhado por uma perda de poder por parte dos médicos, ainda assim ambos os lados acham que estão no topo da pirâmide. Este conflito tende a ser transportado para a comunicação, tendencialmente num modelo dicotómico nós / eles (Waldman, Smith, Hood, & Pappelbaum, 2006).

Se médicos e executivos funcionam independentemente o resultado só pode ser um: silos. Um problema de base estrutural é transportado para a relação e aprofundado pelos esquemas de pagamento que subvertem a relação fiduciária que supostamente existe entre médicos e utentes (Waldman & Cohn, 2007). Não menos importante é a questão do triplo padrão.

Com o triplo padrão dos cuidados de saúde (*triple standard in healthcare*) Waldman (2009) sintetiza as problemáticas de comunicação nos serviços de saúde. Julgar uma situação por dois conjuntos de regras é aquilo a que se chama um duplo padrão. Os resultados em saúde são por norma julgados por um triplo padrão: o do profissional de saúde, o do gestor e o do legislador. A estes poderia ser necessário acrescentar um quarto, o do utente, mas o autor exclui-o por ele ser o substrato sobre o qual o sistema atua e não uma componente do sistema.

A cultura médica é autoritativa e individualista, desencoraja o trabalho de equipa e é conservadora. A cultura do gestor encoraja a colaboração, mas coloca pouco valor no conhecimento científico. O ambiente exterior, pelo qual se governa o legislador, é ativamente hostil para os serviços de saúde, todos os resultados adversos são assumidos como devidos a erro e a evidência científica é usada para punir. Isto faz com que os serviços de saúde sejam altamente avessos ao risco e desencoraja a experimentação, o meio pelo qual se produz evidência (Waldman, 2009).

Idealmente o triplo padrão deveria ser reduzido a um padrão único, onde as decisões baseadas na evidência, providas de um feedback efetivo, se aplicassem a todos os componentes dos serviços de saúde por igual. Para isto, o passo inicial, todas as partes mudarem a sua forma de pensar, seria o mais difícil, até porque alteraria o *status quo* (Waldman, 2009).

### 1.5.2 Consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde

Com o progresso técnico e a especialização médica o número de serviços e departamentos nos hospitais teve um grande incremento. A competição entre estas unidades foi aumentando e a sua indisponibilidade para partilhar informação, bem como o modo de pensar dos seus funcionários, conduziu a uma diminuição da eficiência e contribuiu, não só para a perda de confiança entre profissionais, mas também, de uma cultura produtiva (Langley & Warner, 1990; Waldman, 2007).

Os vários departamentos e serviços envolvidos no processo de prestação de cuidados estão focados nos seus processos internos e custos. Não há uma preocupação com a coordenação das atividades com as de outros departamentos envolvidos no processo. A consequência deste não alinhamento de processos é a descontinuidade no fluxo de utentes o que diminui tanto a produtividade como a sua satisfação (Drupsteen et al., 2013).

As consequências da mentalidade de silo no sistema de saúde são descritas, concretamente no caso do *National Health Service*, por McCartney (McCartney, 2016). Esta refere que a não partilha de informação e a separação dos colaboradores por profissões leva à duplicação do trabalho sem partilha dos resultados e até a perseguição de objetivos contrários, sendo muitas vezes o próprio sistema que incentiva estes padrões de comportamento. Dá o exemplo:

“As campanhas para reduzir a prescrição de antibióticos estão corretas: ajudam a prevenir a resistência aos antibióticos, mas estão também a decorrer campanhas para alertar para a necessidade do reconhecimento e tratamento precoce da sépsis com antibióticos. Estes alertas inevitavelmente entram em conflito. A pressão para os rastreios: requerer que um número específico de pessoas seja testada vai contra as indicações do *General Medical Council* de que os utentes devem tomar decisões esclarecidas sobre quais os testes e tratamentos a que se submetem...”

As pressões que vários grupos exercem em direção aos seus objetivos são muitas vezes opostas e entram em conflito. Quando confrontados com esta situação, a norma é

reconhecer o valor da recomendação oposta e culpar uma terceira parte pela problemática (McCartney, 2016).

Com o progresso técnico e o desenvolvimento dos sistemas de saúde os riscos têm aumentado. Apesar disto, a gestão da segurança dos utentes, mais especificamente do risco, qualidade e segurança, é normalmente fragmentada, à imagem dos serviços clínicos. Esta fragmentação em três silos paralelos deve-se à diferente génese das três áreas (Hajek, 2013). A gestão de risco deriva da gestão dos seguros e indemnizações, a gestão da qualidade da regulação e da acreditação e a gestão da segurança da resposta ao erro médico. Apesar de terem em comum serem funções não necessariamente clínicas, que recolhem dados hospitalares para uso próprio e reporte ao exterior, cada uma delas é tradicionalmente gerida por uma parte diferente da administração hospitalar: legal, financeira e médica; e incorporada numa infraestrutura diferente, o que leva frequentemente a agendas concorrentes (Hajek, 2013).

## **1.6 Conclusões**

A mentalidade de silo pode definir-se como o conjunto das crenças individuais ou grupais potencialmente causadoras de divisão dentro de uma organização e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e à partilha de informação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados (Fenwick et al., 2009).

As suas causas vão muito para lá da natureza Humana e são consequência não só da dimensão e divisão das tarefas dentro da organização, mas também do próprio modelo de organização mecanicista, rígido, hierarquizado, segmentado em grupos profissionais e com insuficientes canais de comunicação (Barmyer & Sachseneder, 2013; Organization, 1988). A liderança, pela sua importância na forma como é interpretada a gestão descentralizada (Côté, 2002), e a cultura, dada a relevância da cultura departamental (Barmyer & Sachseneder, 2013), são também causas importantes.

Quanto à configuração dos silos esta será essencialmente matricial: há silos horizontais, correspondendo, aos serviços médicos e transversais; e há silos verticais, representados pelos diversos níveis hierárquicos dentro da organização (Organization, 1988; Stone,

2004). Há também um silo transversal a toda organização, representados pela incapacidade de olhar para fora da própria organização. As classes profissionais e outros grupos de interesses surgem como uma outra dimensão horizontal dos silos (Fenwick et al., 2009).

Quanto às suas consequências, a mentalidade de silo provoca ao nível da organização uma redução da eficiência, dificuldades na partilha de informação, desafios acrescidos na adaptação à inovação e o comprometimento da sua resiliência (Barmyer & Sachseneder, 2013; Côté, 2002; Stone, 2004). Ao nível dos colaboradores a mentalidade de silo provoca cansaço, insatisfação profissional e desconfiança entre profissionais (Schütz & Bloch, 2006). Ao nível dos utentes a mentalidade de silo pode provocar frustração, já que o serviço prestado pode não ter a qualidade esperada ou ir ao encontro das suas necessidades, e podem ser sujeitos a mais erros evitáveis (Franklin, 2014; Organization, 1988; Schütz, 2006).

Nos cuidados de saúde a mentalidade de silo tem particular importância uma vez que o funcionamento de organizações complexas como os hospitais requer cooperação e entendimento entre grupos profissionais com diferentes percursos e expectativas (Vatanpour, 2013). O progresso técnico e a especialização médica levou ao aumento do número de serviços. Ainda assim, a organização não mudou a sua estrutura organizacional, que é uma recapitulação do modelo médico, em volta das especialidades médicas, altamente rígida e hierarquizada (Drupsteen, 2013; Lega, 2005). Esta situação teve consequências para a eficiência e capacidades de cooperação e comunicação dentro da organização (waldman, 2007).

## **Capítulo 2. Metodologia**

Com este trabalho, pretende-se, recorrendo a grupos focais, perceber se os profissionais de saúde de um hospital central consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde.

Em caso afirmativo, procurar-se-á perceber as suas causas, configuração e consequências dentro da organização, e se é responsável, e em que medida, por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, profissionais de saúde e utentes. Por último, é objetivo deste trabalho apresentar uma definição de “mentalidade de silo nos serviços de saúde”, construída levando em conta a informação recolhida.

O capítulo metodologia será organizado em três partes. Na primeira parte será discutido o método de análise e na segunda parte as fontes de informação e o procedimento seguido, sendo também apresentada a instituição de saúde onde o estudo se realizou. Por fim serão apresentadas as conclusões deste capítulo.

### **2.1. Métodos de análise**

A metodologia de combinação sistemática, consiste numa combinação evolutiva e dinâmica de teoria e realidade, onde o estudo empírico e o quadro teórico se desenvolvem simultaneamente. É particularmente útil quando se estuda um único caso com o intuito de desenvolver uma teoria. Esta abordagem está ancorada numa lógica abductiva, até porque a principal preocupação prende-se com a geração de novos conceitos e o desenvolvimento de novos modelos teóricos e não com a confirmação de uma teoria já existente (Dubois & Gadde, 2002).

Se este tipo de abordagem foi no passado considerado problemático, considerava-se que não seria credível gerar uma teoria com tão pequena amostra populacional, a verdade é que, como salientam os autores, a pequena amostra é mais uma vantagem que um problema, pois desta forma é possível perceber interações, fenómenos e contextos com uma muito maior profundidade (Dubois & Gadde, 2002).

Os grupos focais têm múltiplas aplicações, sendo uma ferramenta especialmente eficiente para investigação exploratória e explicativa. A investigação exploratória é útil

quando se sabe pouco do tema em estudo. Já a investigação explicativa usa-se quando se procura compreender e explicar determinadas crenças, atitudes ou comportamentos. Os grupos focais passam pela discussão de um conjunto específico de tópicos por um grupo pré-determinado de pessoas (Hennink, 2007). Estes destacam-se das outras formas qualitativas de recolha de informação pelo seu propósito, composição e processo de colheita de dados. No que diz respeito ao propósito, são úteis para identificar diferentes visões do tópico em estudo, já que, o contexto grupal permite recolher várias opiniões em uma única sessão, algo que não é possível recorrendo a entrevistas individuais (Hennink, 2007).

Um estudo com grupos focais é uma série cuidadosamente planeada de discussões com o intuito de obter perceções acerca de uma determinada área de interesse num ambiente permissivo e não invasivo. Importante é também o facto de os membros do grupo se influenciarem mutuamente, ao responderem aos comentários e às ideias dos outros elementos (Krueger & Casey, 2014), enriquecendo desta forma a informação obtida.

## **2.2. Enquadramento institucional e fontes de informação**

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) foi criado pelo Decreto-lei nº 326/2007 de 28 de setembro, através da fusão de cinco antigos hospitais da cidade do Porto: Hospital de Santo António com a Maternidade Júlio Diniz e o Hospital de Crianças Maria Pia, em 2007, Hospital Joaquim Urbano, em 2011, e Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, em 2013. O objetivo desta fusão foi concentrar e renovar serviços. Neste sentido encerrou em 2011 o Hospital de Crianças Maria Pia e em 2016 o Hospital Joaquim Urbano e foi aberto em 2014 o Centro Materno Infantil do Norte (Porto, 2016). O CHP foi escolhido para a realização deste trabalho por se tratar de uma organização de saúde de grande dimensão, que nasceu da fusão de várias instituições de saúde com uma larga tradição e história. Estas múltiplas culturas profissionais e departamentais, congregadas numa mesma organização de saúde, apresentam-se como um ambiente que poderá ser particularmente propício à proliferação de silos e no qual a mentalidade de silo pode ter implicações para a organização, colaboradores e utentes. Pelos motivos expostos o CHP parece ser uma organização de saúde particularmente apropriada para a



realização de um estudo de caso sobre a problemática da mentalidade de silo nos serviços de saúde.

O protocolo de investigação deste trabalho (anexo 1) previa a realização de um total de 7 grupos focais com 6-8 elementos e duração de cerca de 1 hora, que representassem os grupos profissionais mais relevantes do CHP, de acordo com o Relatório & Contas de 2015 do CHP (Porto, 2016).

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde, pela Diretora do Departamento de Ensino Formação e Investigação e pelos vários membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto (anexo 2).

<b>Grupo focal</b>	<b>Grupos profissionais</b>
1	Médicos internos
2	Médicos especialistas
3	Enfermeiros
4	Enfermeiros 2
5	Assistentes técnicos e técnicos superiores
6	Assistentes operacionais
7	Dirigentes, administradores e diretores

**Quadro 1 – Grupos profissionais que constituem os grupos focais**

Procedimento:

Neste método de recolha de informação, indicado para metodologias qualitativas, a amostragem sistemática aleatória não tem a mesma importância que tem nas metodologias que se utilizam para os estudos quantitativos, que procuram testar hipóteses específicas (Hennink, 2007). Não obstante se pretender ter uma amostra representativa dos colaboradores do CHP e dado que a participação no estudo não foi remunerada, valorizou-se a participação voluntária no estudo.

Para o recrutamento dos elementos dos diferentes grupos foram utilizadas diferentes metodologias, de acordo com o funcionamento dos grupos profissionais. Assim, para o grupo 1 (médicos internos), grupo 2 (médicos especialistas), grupo 5 (assistentes técnicos e técnicos superiores) e grupo 7 (dirigentes, administradores e diretores), foi

endereçado pessoalmente convite a membros individuais destas classes profissionais até obter a amostra desejada. Para os grupos 3 e 4 (enfermeiros), contactou-se pessoalmente e endereçou-se uma carta formal aos enfermeiros chefes de vários serviços com vista a indicarem alguém da sua equipa, que estivesse disposto a participar voluntariamente no estudo. Para o grupo 6 (assistentes operacionais) contactou-se pessoalmente e endereçou-se carta formal ao Diretor do Serviço de Logística, Dr. Márcio Reis, responsável pelos assistentes operacionais, que prontamente autorizou e diligenciou a marcação do grupo com um conjunto de assistentes operacionais representativo das várias funções desempenhadas dentro da organização. Os médicos e enfermeiros de um mesmo grupo deviam pertencer a diferentes departamentos do CHP.

Aquando da aceitação da participação no estudo foi entregue a informação para participantes (Anexo 3) e na segunda-feira da semana em que se realizaram os grupos todos os participantes foram contactados pessoalmente para os relembrar e confirmar a sua presença.

Os grupos focais foram moderados pelo investigador principal e seguiram um guião estruturado (anexo 4). Numa primeira fase, e após receber os participantes, o moderador apresentou-se, pedindo de seguida aos restantes elementos do grupo que fizessem o mesmo. Numa segunda fase foi explicado aos participantes o objetivo do estudo, porque foram escolhidos, como a informação recolhida seria utilizada e transmitida uma definição base de “mentalidade de silo”. Por fim, e após explicadas as regras de como decorreria a discussão e a explícita aceitação livre e esclarecida, foi colocado sequencialmente um conjunto de perguntas abertas aos participantes com o intuito de recolher a sua opinião. Foi garantido o anonimato das opiniões expressas, podendo os participantes desistir em qualquer momento. Os grupos focais foram registados recorrendo a um gravador digital.

#### Perguntas Abertas:

- Consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde?
- Que especificidades apresenta a “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?
- Quais as causas da “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?

- Quais os “silos” que identifica nos serviços de saúde?
- Em que medida é a “mentalidade de silo” responsável por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, pelos profissionais de saúde e pelos utentes?

#### Dados:

Toda a informação relativa ao estudo foi guardada em arquivo próprio com acesso limitado. Os dados em formato eletrónico foram guardados em ficheiros protegidos com palavra-passe. Só o responsável pelo estudo ou pessoa por ele designada teve acesso aos dados. As entrevistas foram transcritas por profissional contratado para o efeito. Ficou expressamente assente que os resultados do estudo seriam primeiro apresentados sob forma de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Os participantes envolvidos que assim o desejarem terão acesso aos resultados do estudo.

#### Análise e Codificação:

A análise passou por uma recolha sistemática da informação dos grupos focais de forma a responder às questões colocadas.

Os princípios basilares da análise de dados qualitativos foram seguidos. Este tipo de análise é um processo contínuo até ao momento em que o relatório final está concluído. O material recolhido num grupo foi trabalhado antes da realização do seguinte, decorrendo assim os processos de recolha e de análise dos dados em tandem (Hennink, 2007).

Foi dada particular relevância aos padrões de resposta a uma mesma pergunta que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento de uma hipótese de resposta para as perguntas colocadas. Esta situação não é alheia ao facto deste tipo de análise ser circular e não linear, ou seja, a análise é um processo no qual os passos se repetem numa espécie de espiral iterativa (Rubin & Rubin, 2011).

Para que a análise seja verificável, ou seja, para que um outro investigador que analise os mesmos dados tire conclusões similares, a análise tem de ser sistemática e rigorosa (Krueger & Casey, 2014). Assim, foi seguida uma metodologia de análise dos dados em 4 passos (Hennink, 2007):

- Transcrição das entrevistas: as entrevistas foram transcritas e anonimizadas, sendo retirado o conteúdo não relevante;
- Identificação dos temas: temas podem ser tópicos, assuntos, conceitos, influências, explicações, eventos ou ideias nos quais o foco da atenção é colocado num determinado momento da discussão;
- Indexação dos dados pelos temas: este é um processo sistemático de leitura e releitura das transcrições, examinando os conteúdos e assinalando os segmentos do texto onde surgem determinados temas. É um processo de codificação;
- Utilização do enquadramento para a análise dos dados: o último passo da análise de dados pega no quadro de temas já construído, e que segmentou a informação por temas, para fazer a análise de cada uma das partes dos dados ligando, posteriormente, as diferentes análises na tentativa de desenvolver uma explicação ou teoria a partir dos dados que responda às questões de investigação

Os dados foram analisados recorrendo ao programa de tratamento de dados qualitativos NVIVO, reunindo num ficheiro os artigos da revisão bibliográfica e transcrição das entrevistas de forma a organizar e codificar os conteúdos para posterior análise.

O quadro de temas inicial, quadro 2, foi realizado levando em conta a informação recolhida aquando da revisão da literatura. Este foi evoluindo, à medida que cada grupo foi analisado, até se chegar ao quadro de temas final, apresentado no capítulo 3, resultados.

<b>Temas</b>	<b>Descrição</b>
<b>Mentalidade de silo</b>	
Definição	O que se entende por mentalidade de silo e como evoluiu o conceito (Cilliers, 2012; Organization, 1988)
Causas	Quais os motivos das crenças e dos comportamentos associados à mentalidade de silo (Stone, 2004)
Indivíduo	Quais as características dos indivíduos que contribuem para a mentalidade de silo (Cromity, 2011; Stone, 2004)
Grupo	Quais as características e os contextos que levam os grupos a organizar-se em silos (Barmyer, 2013;

	Fenwick, 2009; Vatanpour, 2013)
Organização	Qual o papel e responsabilidades imputáveis à organização (Organization, 1988)
Liderança	Que características e comportamentos da liderança contribuem para a proliferação de silos (Côté, 2002)
Comunicação	De que forma os padrões de comunicação podem potenciar o surgimento de silos (Vatanpour, 2013)
Cultura	O que há na cultura que facilite a disseminação de crenças que potenciam a divisão (Cromity, 2011)
Tipos de silos	Quais são e quais as características dos diferentes tipos de silos existentes (Fenwick, 2009)
Consequências	Que impacto têm os silos nas organizações e nos que com ela interagem (Côté, 2002; Stone, 2004)
Mentalidade de silo nos serviços de saúde	Características e propriedades específicas da mentalidade de silo nos serviços de saúde (Bleakley, 2006; Drupsteen, 2013; McCartney, 2016; Ovseiko, 2015; Waldman, 2007)
Reduzir a mentalidade de silo	O que pode ser feito para impedir a proliferação de silos e diminuir o seu impacto (Barratt, 2004; Boyce, 2014; Stone, 2004; Sy, 2004)

**Quadro 2 – Quadro de temas inicial e sua descrição**

### **2.3. Conclusões**

Com este trabalho, pretende-se, utilizando uma metodologia de combinação sistemática e recorrendo a grupos focais, perceber se os colaboradores do CHP consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde. Em caso afirmativo, procurar-se-á perceber as suas causas, configuração e consequências dentro da organização, e se é responsável, e em que medida, por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, profissionais de saúde e utentes.

Por último, é objetivo deste trabalho apresentar uma definição de “mentalidade de silo nos serviços de saúde”, construída levando em conta a informação recolhida.

Tratando-se de um estudo essencialmente exploratório, o quadro de temas, com vista à construção de uma hipótese, evoluirá durante o estudo, num processo de combinação sistemática (Dubois & Gadde, 2002), em que o enquadramento teórico, o trabalho de campo e a sua análise evoluirão simultaneamente, situação que é particularmente útil para o desenvolvimento de novas teorias.

## Capítulo 3. Resultados

O capítulo 3, resultados será organizada em três partes. Na primeira serão apresentadas as características dos grupos focais efetuados e na segunda o resultado da recolha sistemática do conteúdo das entrevistas. No final serão apresentadas as conclusões deste capítulo.

### 3.1. Caracterização dos grupos

Os grupos focais realizaram-se entre os meses de maio e de julho de 2017. As principais características destes e dos seus participantes são apresentadas no quadro 3.

<b>Grupo focal</b>	<b>Data de realização</b>	<b>Profissionais que confirmaram presença</b>	<b>Profissionais presentes</b>	<b>Profissionais do sexo feminino</b>	<b>Duração</b>
1	9 de maio, 2017	6	6	3	90 min
2	8 de junho, 2017	6	5	4	90 min
3	18 de julho, 2017	6	3	3	50 min
4	25 de julho, 2017	6	2	2	45 min
5	13 de julho, 2017	6	4	3	60 min
6	20 de julho, 2017	7	7	5	75 min
7	27 de junho, 2017	6	5	3	75 min

**Quadro 3 – Características dos grupos focais e dos participantes**

De um total de 43 profissionais que aceitaram participar e confirmaram presença nos vários grupos focais 32 (74%) compareceram ao grupo focal, uma média de 5 elementos por grupo. O número de presenças variou entre as 2 pessoas no grupo 4 (enfermeiros 2) e as 7 pessoas no grupo 6 (assistentes operacionais). Vários motivos justificam esta variação e as faltas injustificadas foram uma situação pouco frequente. Dos elementos

participantes nos grupos 23 (70%) eram do sexo feminino, proporção, de acordo com o Relatório & Contas 2015 do Centro Hospitalar do Porto, próxima da existente na instituição (74%).

A disponibilidade demonstrada para a participação entre as classes profissionais foi variável, em relação aos grupos 1 e 2 (médicos internos e médicos especialistas), o recrutamento foi mais difícil do que antevisto. Vários médicos, apesar de todos se dizerem disponíveis para participar, mostraram relutância em comprometer-se com uma data e hora para a realização do grupo. Quando contactados com antecedência referiam que só na própria semana é que teriam o planeamento da sua semana de trabalho e poderiam dessa forma confirmar a sua participação. Quando contactados com uma menor antecedência referiam que para programar a participação era necessário um contacto mais atempado.

Em relação aos grupos 3 e 4 (enfermagem), os enfermeiros chefes da maior parte dos serviços mostraram grande disponibilidade para participar. A exceção foram os serviços de medicina interna contactados, onde foram apresentadas múltiplas condicionantes de várias ordens que dificultariam a participação. O maior número de ausências nos grupos focais de enfermagem pode ter-se devido, e de acordo com informação transmitida posteriormente por dois enfermeiros chefe, ao facto de vários enfermeiros chefe terem contactado o enfermeiro diretor a pedir autorização para a participação no estudo. Este, apesar de enquanto membro do Conselho de Administração ter autorizado a realização do estudo, não terá autorizado a participação alegando desconhecer a realização e natureza do mesmo.

Em relação aos restantes grupos 5, 6 e 7 (assistentes técnicos e técnicos superiores, assistentes operacionais e dirigentes, administradores e diretores), houve uma grande recetividade à participação no estudo. A exceção foi o Serviço de Gestão e Recursos Humanos cuja diretora não mostrou disponibilidade para falar, nem sequer para lhe ser apresentado o projeto de investigação.

Foi possível ter nos grupos focais 1 e 2 representantes de especialidades médicas (4), cirúrgicas (4), de saúde mental (2) e laboratoriais (1) e provenientes tanto do Hospital de Santo António (8), como do Centro Materno Infantil do Norte (3).

Participaram enfermeiros tanto do Hospital de Santo António (3), como do Centro Materno Infantil do Norte (2), bem como de serviços médicos (3) e cirúrgicos (2).



No grupo 5 (assistentes técnicos e técnicos superiores) participaram 3 assistentes técnicos e 1 técnico superior. Estes pertenciam tanto ao Hospital de Santo António (3), como ao Centro Materno Infantil do Norte (1).

No grupo 6 (assistentes operacionais) participaram membros de serviços clínicos, instrumentação, higiene e limpeza, armazém, portaria e serviços informativos.

No grupo 7 (dirigentes, administradores e diretores) participaram 4 diretores de departamento e 1 diretor de serviço. Destes 3 estavam à frente de departamentos e serviços transversais e 2 de departamentos clínicos, 1 do Santo António e outro do Centro Materno Infantil do Norte. Em relação ao percurso académico 4 eram médicos e 1 engenheiro civil.

No final dos grupos a quase totalidade dos participantes mostraram satisfação com a participação no grupo. Esta foi particularmente evidente no caso dos grupos focais dos assistentes técnicos e técnicos superiores e dos assistentes operacionais, já que consideraram que a sua opinião raramente era questionada ou valorizada pela organização.

### **3.2. Recolha sistemática do conteúdo das entrevistas**

Após a desgravação e anonimização das entrevistas por profissional contratado para o efeito, procedeu-se à recolha e análise sistemática da informação dos grupos focais para responder às questões de investigação com base na evidência recolhida.

Partindo inicialmente dos temas e dados indexados identificados na revisão teórica, quadro 2, o material recolhido em cada grupo foi trabalhado antes do seguinte, num processo de recolha de dados em tandem. Isto é, todo o material já recolhido foi recodificado de acordo com a alteração à estrutura dos temas resultante da análise do último grupo.

Neste processo foi utilizado o programa de tratamento de dados qualitativos NVIVO, reunindo num ficheiro revisão bibliográfica e transcrição das entrevistas, organizadas e codificadas conforme os temas identificados e de acordo com o quadro 4.

<b>Temas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência nos grupos</b>
Mentalidade de silo nos serviços de saúde		7
Causas	Quais os motivos das crenças e dos comportamentos associados à mentalidade de silo (Stone, 2004)	7
Indivíduo	Quais as características dos indivíduos que contribuem para a mentalidade de silo (Cromity, 2011; Stone, 2004)	5
Grupo	Quais as características e contextos que levam os grupos a organizar-se em silos (Barmyer, 2013; Fenwick, 2009; Vatanpour, 2013)	7
Organização	Qual o papel e responsabilidades imputáveis à organização (Organization, 1988)	7
Liderança	Que características e comportamentos da liderança contribuem para a proliferação de silos (Côté, 2002)	5
Cultura	O que há na cultura que facilite a disseminação de crenças que potenciam a divisão (Cromity, 2011)	6
Configuração	De que forma se dispõem os silos dentro da organização (Vatanpour, 2013)	6
Consequências	Que impacto têm os silos nas organizações e nos que com ela interagem (Côté, 2002; Stone, 2004)	7
Colaboradores	De que forma os colaboradores são afetados pela mentalidade de silo (Schütz, 2006)	6
Organizadores	Qual é o impacto da mentalidade de silo no funcionamento da organização (Barmyer & Sachseneder, 2013)	6
Clientes	Como são atingidos os clientes pela mentalidade de silo (Fenwick, 2009)	4

Especificidades nos serviços de saúde	Características e propriedades específicas da mentalidade de silo nos serviços de saúde (Bleakley, 2006; Drupsteen, 2013; McCartney, 2016; Ovseiko, 2015; Waldman, 2007)	7
---------------------------------------	--	---

**Quadro 4 – Quadro de temas final: descrição e frequência nos grupos focais**

O quadro de temas construído, e que segmentou a informação recolhida será utilizado na próxima secção para fazer a análise e discussão, na tentativa de desenvolver uma explicação ou teoria, a partir da revisão da literatura e da informação recolhida nos grupos focais, com o objetivo de responder às questões de investigação.

Por uma questão de salvaguarda de confidencialidade as transcrições dos grupos focais e os dados contido no ficheiro NVIVO não serão incluídas na secção anexos deste trabalho. Ainda assim, quem o desejar poderá contactar o investigador principal, no sentido de poder consultar a versão anonimizada das mesmas.

### **3.3. Conclusões**

Os 7 grupos focais realizaram-se no CHP entre os meses de maio e de julho de 2017 tendo-se conseguido que estes tivessem as características desejadas. Os profissionais, de uma forma geral, aderiram, contribuíram para a discussão com entusiasmo e referiram ter gostado de participar.

Com a informação recolhida nos grupos focais construiu-se o quadro de temas final. Este será utilizado na próxima secção para fazer a análise e discussão, na tentativa de desenvolver uma explicação ou teoria, a partir da revisão da literatura e da informação recolhida nos grupos focais, com o objetivo de responder às questões de investigação.

## **Capítulo 4. Discussão**

Para uma exploração abrangente da temática a discussão segue o quadro de temas identificados na análise dos grupos focais e da literatura existente. Para além disso, é apresentada uma definição de mentalidade de silo nos serviços de saúde e apresentadas as conclusões face aos objetivos.

O capítulo 4 será organizado em seis partes. Na primeira serão discutidas as causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde, na segunda a configuração, na terceira as consequências, na quarta as suas especificidades no contexto dos serviços de saúde, depois, a definição de mentalidade de silo nos serviços de saúde, e por fim, é feita uma súmula.

### **4.1. Causas da mentalidade de silo nos serviços de saúde**

Esta secção, e de acordo com o quadro de temas, será organizada em cinco partes: causas ao nível do indivíduo, do grupo, da organização, da liderança e da cultura.

#### **4.1.1 Ao nível do indivíduo**

“...a causas principal é sermos todos seres humanos. Outra coisa que também é uma característica humana são os egos e há egos muito grandes...” (Elemento do grupo focal 1)

Em 5 dos 7 grupos focais foram apontadas causas ao nível do indivíduo para a mentalidade de silo nos serviços de saúde. As mais frequentes parecem ir ao encontro do que foi encontrado na revisão da literatura e foram essencialmente quatro: o comportamento humano, os interesses do indivíduo, o seu sistema de crenças e as competências sociais.

Tal como Fenwich *et al* (2009), vários dos participantes referiram que a mentalidade de silo tinha a sua génese no comportamento humano. Em diferentes grupos surgiu a ideia

de que não seria possível eliminar esta tendência para a balcanização e a criação de barreiras em torno de uma área de conforto e proteção, e que, quanto muito, seria possível tomar consciência da mesma para mitigar as suas consequências. No seguimento das ideias de Cromity & Stricker (2011) foi feita alusão ao fato destas barreiras comportamentais resultarem do conjunto das atitudes, motivações, idade, ambiente e cultura do indivíduo.

“...há ameaças externas diárias, as esferas de dentro da instituição para dentro dos serviços e de fora da instituição para dentro dos serviços. Mais uma vez, isto faz parte da natureza humana...” (Elemento do grupo focal 7)

Este excerto é bem exemplificativo do sentimento de insegurança que leva os colaboradores a isolarem-se, criando áreas de conforto.

Depois do comportamento humano a causa mais apontada foram os interesses pessoais. Vários dos participantes consideravam, à imagem do que referiu Schültz & Bloch (2006), que o interesse da organização vem apenas depois do interesse pessoal. Os participantes consideraram que esta situação era altamente potenciada pela desmotivação, que no caso da organização em estudo se devia essencialmente a dois motivos: a remuneração e a falta de clareza e justiça das decisões dos superiores hierárquicos.

“...trabalho aqui quase há 19 anos e ganho o ordenado mínimo. Sinto-me injustiçado não só por isso, mas pelo facto de que as expectativas que eu legitimamente tinha, assinei um contrato, concorri num concurso, com determinados pressupostos, e foi assinado por duas partes, eu e o empregador Estado. E a meio do jogo, unilateralmente, alguém me mandou às favas, a partir de agora, a regra já não é esta, é aquela. E as pessoas sentem-se injustiçadas. Para reforçar, o facto de meterem tudo no mesmo saco, ganhar tudo a mesma coisa, independentemente do valor de cada um. Leva a que as pessoas se acomodem. E estamos a potencializar tudo isso...” (Elemento do grupo focal 6)

Em relação à importância das competências sociais os participantes dos grupos focais foram ainda mais longe que Stone (2004). Para além da falta de competências sociais e interpessoais apontadas em vários grupos focais, particularmente aos médicos, houve várias descrições de comportamentos antissociais por parte de colegas de trabalho, não sancionados pelas estruturas.

“...respeito que não é subserviência, não é a mesma coisa. Uma coisa é o respeito pelo colega, profissional, da mesma instituição, quer seja médico, quer seja administrador. Eu trato toda a gente, cumprimento toda a gente da mesma forma. Bom dia, pelo menos. Bom dia, boa tarde, como está? Quer seja um administrador, quer seja um assistente operacional, quer seja os senhores dos resíduos, não interessa. Passo pelas pessoas e cumprimento. Há pessoas que entram aqui dentro e nem bom dia, nem boa tarde. Estamos ali à frente do balcão, parecemos uns fantoches...” (Elemento do grupo focal 5)

#### **4.1.2 Ao nível do grupo**

“...eu costumo chamar-lhe as quintas cada um tem a sua quintinha...”  
(Elemento do grupo focal 1)

Em todos os grupos focais foram apontadas causas ao nível do grupo para a mentalidade de silo nos serviços de saúde. As mais frequentes foram a divisão funcional do trabalho, a cultura departamental, o isolamento funcional como defesa das agressões externas e a competitividade interdepartamental e consequente desconfiança, comunicação inapropriada e comportamento não cooperativo entre departamentos.

“...dentro dos serviços trabalha-se bem, mas depois a relação com outros serviços pode não ser fácil. Às vezes, já há alguma rede inter-serviços, mas não é uma coisa, uma rede que abranja a instituição toda...” (Elemento do grupo focal 2)

Devido à divisão funcional do trabalho qualquer grande organização está particionada. A relação entre as partes é por vezes marcada pela mentalidade de silo, dado que não há troca de informação e há uma mentalidade competitiva do tipo “nós contra eles” (Barmyer & Sachseneder, 2013), marcada por vários tipos de estereótipos.

“...a questão do médico e do operador é a forma mais fácil de ver isto. Há os operadores, que são muito bons para o doente. Nós, médicos, os outros, achamos que somos melhores que os operadores. Mas tudo isto é completamente absurdo...” (Elemento do grupo focal 1)

Com a consolidação das várias unidades desenvolve-se uma verdadeira cultura departamental específica, com pontos de vista, modos de pensar, metodologias de trabalho, objetivos, valores, linguagem e uma gestão do tempo próprios. Esta contribui para a formação e consolidação destas identidades e culturas dentro dos departamentos que apenas vai aprofundar as barreiras à comunicação interdepartamental (Barmyer & Sachseneder, 2013). A temática da cultura departamental surgiu espontaneamente em vários grupos. Houve quase sempre referências de que esta tinha associados não só os pontos negativos referidos, mas também alguns positivos.

Foi dito que a mentalidade de silo também podia ser positiva. Aquilo a que se referiam era não tanto à mentalidade de silo, mas sim à cultura departamental. Os profissionais têm a ideia de que esta última pode melhorar não só o ambiente dentro dos serviços, mas também a comunicação e a eficiência dentro da unidade, ainda que admitam que possa ser deletéria para a qualidade da comunicação com o exterior.

“...há áreas onde é necessário ter mentalidade de silo e há áreas onde é necessário que isso não seja tanto assim. Eu diria que a mentalidade de silo pode ter vantagens em áreas de elevada criticidade...” (Elemento do grupo focal 7)

Os serviços de saúde são constituídos por grupos de interesses especiais em que os seus membros têm especializações, formações académicas, sistemas sociais e abordagens ao seu trabalho próprias. As várias diferenças podem levar à desconfiança generalizada que apenas se consegue dissipar trabalhando em equipa e com o tempo, através da

construção de relações (Drupsteen et al., 2013). As diferentes profissões apresentam-se ao colaborador como uma causa mais segura e nobre e os profissionais têm tendência a identificar-se mais com estas do que com as organizações (Organization, 1988).

“...são vários os grupos que compõem o hospital. Grupos muito diferentes entre si... mas que, no entanto, independentemente do grau de educação, do cargo que desempenham, uns sem os outros não conseguimos funcionar... esta fragmentação e estes grupos profissionais levam a que cada vez mais as pessoas se protejam enquanto grupo ...” (Elemento do grupo focal 1)

Os problemas tendem a surgir quando estas diferentes culturas não estão alinhadas, quer entre si, quer com os objetivos da organização (Fenwick et al., 2009). À imagem do que defende Stone (2004), foi referido que os silos criam frequentemente um ambiente no qual os interesses de gestores de departamentos e serviços tomam precedente em relação ao bem-estar interno da organização.

“...é importante ter a mente aberta, mas não tão aberta que o cérebro caia... o problema é quando os silos não comunicam...é preciso um grande esforço para que haja comunicação entre esses nichos...” (Elemento do grupo focal 7)

“...na área médica há alguma cultura de vaidade, de alguns objetivos que são mais individuais, não necessariamente do indivíduo, de um serviço, daquela unidade que quer fazer e que acha... e que pode ser prejudicial e interferir de uma forma significativa com os cuidados de saúde...” (Elemento do grupo focal 2)

Em concordância com a literatura, foi referido que a interação sistemática com os mesmos elementos leva ao desenvolvimento de alianças internas preferenciais e a padrões de comportamento que beneficiam a sua unidade e os que lhe são próximos, muitas vezes com prejuízo para a organização como um todo (Sy & Côté, 2004).

Os departamentos podem ainda fragmentar-se em silos mais pequenos que partilham elos pessoais fortes, uma área de conforto e que estabelecem uma comunicação



preferencial, o que os separa do resto do seu departamento (Vatanpour et al., 2013). Não raramente estes pequenos grupos têm a capacidade de condicionar tanto a eficiência como a qualidade do serviço prestado.

A questão dos silos informacionais, sistemas de dados que não trocam informações com sistemas de dados similares (Miller & Tucker, 2014), foi referida por dois profissionais num mesmo grupo, ainda assim, não parece haver um sentimento generalizado de que haja algum tipo de movimento por parte de grupos profissionais com o intuito de ocultar informação sobre utentes. Há, contudo, restrição no acesso às bases de dados de investigação e alguns locais onde persiste a resistência ao uso de meios informáticos, já que são vistos como uma ameaça à prerrogativa do médico. O impacto positivo da crescente integração das plataformas informáticas dentro da instituição não pode ser negligenciado.

“...a questão da partilha de dados, por exemplo, clínicos, não está completamente em funcionamento... no meu serviço... a utilização das metodologias informáticas disponíveis para o tratamento de dados continua a ser tida como uma ameaça à prerrogativa do médico. E eu penso que isso também é uma coisa que também se nota muito quando há fusões...” (Elemento do grupo focal 7)

A visão de que, o desfasamento entre os dois principais componentes dos serviços de saúde, prestadores de cuidados de saúde e executivos hospitalares (J. D. Waldman & Cohn, 2007), seria uma das principais causas dos silos não foi partilhada pelos participantes dos grupos focais. Ao contrário da visão destes autores, os profissionais de saúde parecem estar cientes de que os recursos são limitados. Não houve relatos de se sentirem vistos pelos gestores como um mero recurso para atingir um determinado fim. O facto de no CHP o número de executivos e gestores ser relativamente pequeno, 25 dirigentes e 76 técnicos superiores, num universo de 4080 trabalhadores (Porto, 2016) e da maior parte dos cargos de direção serem ocupados por profissionais de saúde, pode justificar esta diferença, até porque os trabalhos destes autores foram realizados nos Estados Unidos da América.

A questão do triplo padrão dos cuidados de saúde (J. D. Waldman, 2009), o julgamento dos resultados em saúde por três conjuntos de regras, as dos profissionais de saúde, as do gestor e as do legislador, também não foi apontada. Fica-se, por um lado, com a ideia que há uma compreensão por parte dos profissionais de saúde de que os recursos são finitos e, por outro, de que o legislador português não é particularmente reativo às percepções da opinião pública.

Os silos não têm natureza física, existem essencialmente na mente dos colaboradores que têm uma impressão partilhada da realidade. Acreditam que, se mantiverem os outros longe, poderão criar uma área de conforto que os proteja do mundo exterior, já que os outros “não são como nós” (Diamond et al., 2004). Com esta identificação excessiva aos departamentos, reforçada entre pares, há um estreitar de horizontes e uma reatividade excessiva a todos os *inputs* ou *feedbacks* do exterior, interpretados como ataques e pretextos para a vitimização. Os colaboradores individualmente sentem que não são responsáveis por nenhuma situação e que as causas dos problemas são sempre externas ao seu controlo (Vatanpour et al., 2013).

“...existem muitas barreiras, que não são propriamente as enfermeiras que as criam, como é evidente. Nós somos sempre os últimos, como se costuma dizer ‘tidos e achados’, as ordens não partem de nós, as indicações não partem de nós... não somos nós os responsáveis...” (Elemento do grupo focal 4)

#### **4.1.3 Ao nível da organização**

Em todos os grupos focais foram apontadas causas ao nível da organização para a mentalidade de silo nos serviços de saúde. Estas foram as causas, juntamente com as ao nível do grupo, mais apontadas pelos participantes. Para além das questões referidas na literatura: estrutura organizacional hierarquizada, rígida e segmentada, e políticas vagas, os participantes acrescentaram: desincentivo por parte da organização à cooperação, estabelecimento sectorial de metas e objetivos, não clarificação dos objetivos e do respetivo sistema de recompensas para os colaboradores, e isolamento físico.

Com o progresso técnico e a especialização médica o número de serviços e departamentos nos hospitais teve um grande incremento. Apesar deste crescimento estas organizações mantiveram o seu modelo organizacional rígido e hierarquizada (Drupsteen et al., 2013). Nunca houve internamente uma perspetiva de cadeia logística e os hospitais mantiveram a organização funcional, construída à volta das especialidades médicas, essencialmente divisões anatómicas ou de segmentos da população (Lega & DePietro, 2005).

“...tem a ver com a estrutura clássica do hospital é há outros modelos. De quem é o doente, o diagnóstico, o bom tratamento... se trabalhássemos como nalguns sítios em que as enfermarias são difusas e as equipas passam. Conhecíamos-nos, não criávamos ilusões de que daquele lado não se faz, nós é que fazemos...”  
(Elemento do grupo focal 1)

Quando as estruturas organizacionais estão desenhadas de forma rígida, em volta das áreas funcionais, é necessário empreender um maior esforço quando surge a necessidade de trabalho interdepartamental (Fenwick et al., 2009). Os diferentes processos, organização do trabalho, modos de alocação de recursos e visões sobre quem deve ser responsável por determinada tarefa conduzem frequentemente ao conflito.

“...os objetivos de organização são setorizados. O que é eu conheço aqui da metodologia do armazém do hospital? Eu, sinceramente, não conheço. Só sei que quando não tenho agulhas de biópsia tenho de protestar com alguém. Sei que eu sou a melhor pessoa a fazer biópsias, mas o serviço tem de fazer x biópsias e o culpado é do armazém. Temos objetivos setoriais e eu acho que a mentalidade de silo vem desses... minifúndios, vou gerir a minha quinta... provavelmente as chefias deviam conhecer melhor os objetivos das outras e o modo de funcionar dos outros departamentos...” (Elemento do grupo focal 7)

A ideia de que a própria organização transmite e ensina aos seus colaboradores esta visão segmentada e compartimentada foi várias vezes referida pelos participantes.

“...as pessoas não pensam desta forma só porque sim... foram educadas a pensar assim em sede de organização vertical e horizontal do trabalho...”  
(Elemento do grupo focal 7)

Apontaram, também o facto de que é muitas vezes a própria organização a incentivar a compartimentação por serviços e grupos profissionais, colocando entraves à cooperação, a maior parte das vezes pela inação. Os participantes consideraram que numa organização segmentada funcionalmente será difícil os serviços estimularem o trabalho de equipa se não houver uma indicação clara nesse sentido por parte da organização.

“...A partir do momento em que a empresa não fomenta o trabalho em equipa... o próprio serviço tem dificuldade em o estimular. Se não há uma mentalidade institucional, uma diretiva institucional, nesse sentido... é difícil...” (Elemento do grupo focal 5)

“...se olharmos para uma equipa multidisciplinar... os valores são diferentes, postura é diferente, as necessidades de cada grupo são diferentes. Se a instituição envolver toda a gente, dar a conhecer os objetivos da instituição, aquilo que se pretende, o que cada departamento tem de fazer para atingir um bem maior, isto, se calhar, um nicho deixa de ser um nicho e passa-se a pensar num bem comum, maior, a organização...” (Elemento do grupo focal 3)

“...muitas vezes o problema nem é dos próprios serviços. Os serviços tendem a fazer essas coisas porque a própria organização não os envolve e não os faz pensar que somos todos iguais e estamos todos a trabalhar num objetivo único. Acho que o principal problema não é de cá de baixo, é de topo, é de lá de cima. E lá de cima é que muitas vezes não favorecem... que se envolva toda a gente e toda a gente trabalhe em prol do comum...” (Elemento do grupo focal 3)

Tanto assistentes operacionais como técnicos consideraram que a formação profissional na organização tendia a estar separada por grupos e que viam isto como uma forma de institucionalização da separação entre os grupos e do não incentivo à colaboração.

“...já tive N horas de ações de formação. Nas áreas de atendimento ao público, relações interpessoais e gestão de conflito era de extrema importância ter ali elementos escolhidos de forma aleatória que fossem abrangentes... um grupo multiprofissional a ouvir as mesmas coisas. Isso não acontece, vai para uma ação de formação... e vê só profissionais da mesma categoria...” (Elemento do grupo focal 6)

Os silos surgem como um sintoma da disfunção existente na organização (Fenwick et al., 2009). Como referiu Carrol (1998), os colaboradores de diferentes níveis hierárquicos têm diferentes visões e podem ter dificuldade em comunicar. Isto deve-se muitas vezes ao facto das políticas e dos procedimentos serem vagos, abrindo lugar a diferentes interpretações por parte dos colaboradores de acordo com o seu posicionamento dentro da organização.

“...têm alguma dificuldade em nos transmitir qual é o objetivo da instituição. A pessoa caminha num sentido. Quando dá conta a administração já está a caminhar noutra direção e a gente não percebeu porque ninguém nos disse...” (Elemento do grupo focal 2)

“...as tarefas deviam estar definidas e não estão. Aliás nós temos que justificar porque é que aquela pessoa tem de fazer aquilo e nós temos de fazer isto. É metade do nosso dia quando isto seria uma coisa óbvia. Vínhamos trabalhar e sabíamos quais são as tarefas de cada um...” (Elemento do grupo focal 1)

Os participantes dos grupos focais parecem, assim, ir mais longe que a literatura, consideram que mais do que vagos, tanto políticas como procedimentos ao nível da organização, são completamente ausentes ou, pelo menos, não são do conhecimento dos colaboradores já que nunca lhe foram transmitidos.

A ausência de objetivos definidos para os colaboradores foi várias vezes apontada,

sendo os participantes particularmente críticos tanto dos supostos modelos de avaliação de desempenho, como da ausência de consequências quando se verifica o incumprimento das mais básicas obrigações de um colaborador.

“...Não há objetivos definidos e não estou a falar dos objetivos da avaliação de desempenho. Isso não são objetivos, isso é para encher. Dizer que um objetivo é ter duas ou quatro picagens por dia, para mim isso não é um objetivo...”  
(Elemento do grupo focal 5)

“...há pessoas que fazem sistematicamente os mesmos erros. Uns atrás dos outros. Não vale a pena a gente dizer, essas pessoas não são responsabilizadas. Podem ser chamadas à atenção, mas não são responsabilizadas...” (Elemento do grupo focal 5)

Foi também referida a inexistência de incentivos e premeio do mérito como causa da mentalidade de silo. Os colaboradores consideraram que a instituição, ao não premiar as boas práticas, promove o isolamento e o conformismo. A isto acrescenta-se a forma como a remuneração está tabelada, de acordo com a função profissional e com promoções inexistentes ou dependentes quase exclusivamente da antiguidade.

“...no privado, ao contrário do que acontece aqui, diferencia-se, separa-se o trigo do joio. Os funcionários que realmente são profissionais, que, enfim, que respeitam a instituição, são valorizados, são reconhecidamente valorizados e são recompensados financeiramente por isso. Nesta instituição, na função pública em geral, não. Existe uma tabela salarial. As pessoas, independentemente do seu mérito, recebem aquilo e acomodam-se. E, ao acomodar-se geram este tipo de relação com o trabalho. Este tipo de ambiente...” (Elemento do grupo focal 6)

O isolamento físico foi também apontado como um importante fator reforçador da mentalidade de silo uma vez que a proximidade física poderia ajudar a mitigar algumas das problemáticas ao nível da comunicação.

“...o distanciamento físico reforça esse distanciamento psicológico... quando existem serviços que estão fisicamente distantes dos restantes isso promove e reforço a mentalidade de silo. Torna mais difícil a comunicação... tem de se fazer um esforço maior para que ele (o isolamento) seja ultrapassado...” (Elemento do grupo focal 2)

#### **4.1.4 Ao nível da liderança**

“...a liderança pode fazer a diferença no sentido de ou promover a mentalidade de silo ou, pelo contrário, lutar contra ela...” (Elemento do grupo focal 7)

Em 5 dos 7 grupos focais foram apontadas causas ao nível da liderança para a mentalidade de silo nos serviços de saúde. Para além das encontradas na revisão da literatura: a perversão da gestão descentralizada e a personalidade e estilo de gestão do líder, foi referido como relevante: a distância ao poder, o modelo de tomada de decisão e estilo comunicacional unidirecional, de cima para baixo, o desconhecimento das funções pelo gestor e a perpetuação dos mesmos nos cargos de gestão.

Para Côté (2002) a gestão descentralizada pode ser vista como a raiz da problemática dos silos. Os gestores procuram responder aos objetivos que lhes foram propostos e arregimentam os subordinados para a sua causa. Ao fim de algum tempo os interesses do departamento sobrepõem-se aos da organização e quando esta visão individualista predomina sobre o espírito de equipa os silos emergem. Estes são no fundo uma perversão do conceito de gestão descentralizada. A delegação de responsabilidades por parte do diretor negligencia a importância do trabalho em equipa na persecução de objetivos, contribuindo ela própria para o surgimento de silos.

“...numa instituição com quase 5000 funcionários, não é fácil para quem está na gestão... uma coisa é gerir um grupo de 5 pessoas ou 10, outra é gerir 4500. Mesmo assim o rácio operacionais / chefias está desequilibrado. Existem chefias intermédias a mais...” (Elemento do grupo focal 5)

Por várias vezes os participantes referiram sentir-se muito longe do poder e sem capacidade para influenciarem as decisões ou serem ouvidos.

“...há muitos chefes, há muitos administradores, tudo quer mandar... cada departamento tem o seu administrador. Eu tenho uma chefe, depois tenho mais outra chefe. Conclusão: é uma escada que nunca mais acaba...” (Elemento do grupo focal 6)

A personalidade e o estilo de gestão dos líderes da organização, que encoraja conflitos, ou é um mau modelo em relação ao respeito e incorporação das ideias ou necessidades dos outros (Stone, 2004), foi a problemática ao nível da liderança mais referida.

“... são aquelas chefias que não têm noção do que é liderança de equipas. Têm a seu cargo, um serviço, dois, três, mas não são capazes de mostrar como se faz. São capazes de dizer para fazer, mas mostrar como se faz, que é aquilo que os chefes e um bom líder deve saber não sabem... só dar ordens... não temos superiores hierárquicos que sejam um grande exemplo...” (Elemento do grupo focal 5)

O modelo de tomada de decisão e de comunicação, unidirecional e de cima para baixo foi a segunda questão mais referida nos grupos:

“...no nosso dia a dia somos abalroados por informação acerca de alterações que são feitas, seja no âmbito de terapêutica hospitalar disponível, alterações no processo clínico eletrónico, na plataforma de circuitos de medicamentos, etc., etc. Acho que esta é uma problemática também inerente aos silos, por haver uma informação que é concedida unidireccionalmente e não há diálogo entre os intervenientes. E isso claramente é uma barreira enorme ao bom funcionamento e acaba por criar complexidade entre os silos...” (Elemento do grupo focal 2)



O facto de os gestores desconhecerem as funções que os seus subordinados desempenham porque o seu percurso profissional não contempla a área em apreço, porque dirigem vários serviços ou porque ocupam um cargo de gestão há muito tempo e já não conhecem a função, foi também apontado como uma barreira à comunicação.

“...quando entrei tínhamos um chefe no serviço. Se tivéssemos algum problema, estava lá para agir. Agora têm vários serviços e nunca estão lá connosco...”  
(Elemento do grupo focal 6)

“...estarmos cansados de tarefas que não são pensadas ou geridas por pessoas que realmente fazem as funções ou que já não as fazem há muito tempo...”  
(Elemento do grupo focal 1)

Por fim, foi apontado o facto de haver uma tendência para manter por períodos longos as mesmas pessoas nos cargos de gestão.

“...as pessoas deveriam mudar de serviço de vez em quando, sobretudo as chefias... ao fim de 3 anos, como está previsto... ao fim de 5 anos a capacidade de manter uma perspectiva terra a terra do que é que se passa no serviço começa a ficar deteriorada. Como não é possível fazer rodar os vários especialistas pelos vários serviços poderiam ser substituídos... permitiria aos mais novos, mais rapidamente, chegarem com formações muito melhores, ideias de partilhas diferentes, com capacidade de inovação e de se imobilizarem...” (Elemento do grupo focal 7)

#### **4.1.5 Ao nível da cultura**

“...numa instituição destas nós trabalhamos com uma franja da elite da sociedade... as classes dos médicos e dos enfermeiros, classes com um enorme peso na sociedade... que acaba por ter reflexos nas decisões políticas. Isto sente-se quando estamos a comparar, por exemplo, com auxiliares de ação médica,

indivíduos designados de mão-de-obra *inqualificada*, que não têm o mesmo poderio financeiro, social e político que têm as classes elitistas. Quando isto coabita no mesmo espaço, estamos a falar de gatos e de ratos. Se os médicos quiserem, ou ameaçarem com uma greve, o governo senta-se à mesa para falar com eles. Se os assistentes operacionais ameaçarem com uma greve, enfim...”  
(Elemento do grupo focal 6)

Em todos os grupos focais foram apontadas causas ao nível da cultura para a mentalidade de silo nos serviços de saúde. Estas foram as causas, depois das ao nível do grupo e da organização, mais apontadas pelos participantes. Para além da questão principal referida na literatura, a cultura departamental, foram alvo de amplo debate a cultura médica, as culturas dos profissionais de saúde e seus estereótipos, e o contexto sociológico.

A cultura departamental pode ser definida como o conjunto básico de pressupostos dos colaboradores de uma área funcional que se expressam sob a forma de valores ou artefactos culturais e foi sugerida como a origem da mentalidade de silo (Wiebeck cit. por (Barmyer & Sachseneder, 2013).

As culturas formam-se através da comunicação, no decorrer de contactos sociais frequentes entre os membros de um determinado grupo, e consistem essencialmente num conjunto de ideias, perceções e comportamentos próprios (Helmerts & Knie cit. por Barmyer & Sachseneder, 2013). Alguns estudos mostram que estas diferenças aumentam quando o grupo tem uma formação profissional, interesses e experiências laborais semelhantes (Chevrier, 2003) uma vez que a estas está associada uma identidade profissional.

Num estudo qualitativo realizado numa grande empresa do ramo automóvel na Turquia por Barmyer & Sachseneder (2013), concluiu-se que os objetivos do departamento são o fator que mais fortemente influencia a cultura dos diferentes departamentos. De acordo com estes autores a cultura de um departamento é melhor caracterizada pelos seus objetivos do que pela sua cultura profissional. Esta situação não foi observada nos grupos focais. Nos serviços de saúde as identidades profissionais são claramente o fator que mais fortemente influencia a cultura departamental.

Para analisar as culturas departamentais nos serviços de saúde o ponto de partida terá de ser a cultura médica cuja hegemonia foi tal que levou à sua organização em torno dos seus paradigmas (Lega & DePietro, 2005).

O modelo médico convencional baseia-se na autonomia e no individualismo e sugere que os erros podem ser erradicados através destes, se aliados à devoção à profissão (Bleakley et al., 2006; Fletcher et al., 2002). Como referiu um dos participantes:

“...desde muito cedo estamos muito habituados a trabalhar muito.... nota-se... a entrar na faculdade... durante a faculdade, mantemos esse espírito de competitividade... tentar ser o aluno mais brilhante... isso persegue-nos ao longo da vida e, quando estamos no nosso trabalho, tentamos também ser bons naquilo que fazemos e distinguir-nos dos nossos pares. E a par disto, eu acho que estamos tão habituados a pensar pela nossa cabeça e a tentar resolver os problemas todos por nós próprios, que isso acaba por se repercutir no nosso dia-a-dia.... acho que consigo resolver os meus problemas relativamente ao doente que tenho, por mim só, investigando, estudando em casa...” (Elemento do grupo focal 7)

Este excerto exemplifica o alcance da cultura médica, e como ela exacerba o individualismo. O estudante que deseja frequentar o curso de medicina, que estuda ininterruptamente e se isola do mundo exterior, está já a ser influenciado pela cultura profissional médica.

Com o progresso técnico e a especialização médica, o número de serviços e departamentos nos hospitais aumentou. Os hospitais adotaram um modelo de organização funcional, construída à volta das especialidades médicas, essencialmente divisões anatómicas ou de segmentos da população (Lega & DePietro, 2005).

“...o facto de já existirem divisões *à priori* por especialidade, que à partida uma determinada especialidade pensa de uma determinada forma e outra de outra acho que isso é logo uma barreira à comunicação. Um problema visto por dois médicos de especialidades diferentes... vão tirar pontos diferentes... uma apendicite aguda se não tiver indicação cirúrgica vai deixar logo de ter

importância para um cirurgião... deixar de ser um problema para a cirurgia ...”  
(Elemento do grupo focal 1)

De acordo com os participantes esta territorialidade foi também transportada para os serviços médicos, não sendo incomum estes profissionais referirem-se à especialidade, ao serviço, ao espaço e ao utente como “...seu...”.

“...o meu espaço, do meu serviço, da minha quinta, da minha área, da minha sala de reuniões. E, de facto, isso depois acaba por... começa fisicamente e alastra também, enfim, na atitude e na realidade diária da partilha que todos percebemos que não é tão efetiva quanto se queria e quanto merecia ser...”  
(Elemento do grupo focal 7)

Esta cultura profissional dominante foi tendo dificuldades em acomodar as pretensões dos outros grupos funcionais e neste clima de alguma hostilidade latente os preconceitos e as imagens estereotipadas das várias classes profissionais foram proliferando. No quadro 5 é feita uma análise cruzada de alguns destes estereótipos com base no material recolhido dos grupos focais.

linha em relação à coluna	Médicos	Enfermeiros	Assistentes operacionais
<b>Médicos</b>	temos tendência a achar que nós é que sabemos... somos o fim da linha, nós é que ensinamos, é que somos responsáveis... ouvimos a opinião dos outros... são importantes, mas no fim, a nossa é que prevalece	há uma classe mais poderosa que a nossa (dos médicos), que é os enfermeiros, que eles também são extremamente fechados	o grupo de mensageiros que nem se sabe onde é que estão. Quase ninguém os vê, demoram uma hora a transportar o doente para um sítio
<b>Enfermeiros</b>	nós sabemos que quem manda numa instituição tem influência política. Com a influência política têm financiamentos, têm tudo	a enfermeira é boa, é cuidadora, mas, pronto, o senhor doutor é o mais importante, é o que trata	como somos o último elo para com o doente colmatamos muitas falhas, tanto a nível de mensageiros como a nível de auxiliares

<b>Assistentes operacionais</b>	formação não é educação, a formação tira-se, a educação nasce connosco. Muitas pessoas têm formação, mas educação... não ando a limpar por ser burra	as enfermeiras logo que ligam, atende a auxiliar, 'olhe passe-me lá à enfermeira'. A enfermeira se calhar não sabe e a auxiliar sabe... mas não, tem de ser a enfermeira	somos olhados nesta equipa multidisciplinar como alguém que é dispensável, uma atividade menos profissionalizante e daí menos valorizada
---------------------------------	--	--	--

**Quadro 5: Estereótipos entre classes de prestadoras de cuidados de saúde**

Como se pode ver pelos exemplos dados, há profundíssimas divisões entres estes grupos, o que demonstra o quão enraizados estão os silos nestas culturas profissionais. Apesar de os profissionais apresentarem autocritica, são capazes de admitir que o seu grupo também tem responsabilidades, e noção da dimensão do problema; invariavelmente os antagonismos se sobrepõem, e o discurso se orienta novamente para a crítica feroz aos outros grupos, sempre numa visão dicotómica, “nós e “os outros”. Várias questões sociológicas mais abrangentes serão relevantes, mas ultrapassam o âmbito deste trabalho. Por um lado, o ministério da saúde e as ordens profissionais acabam por desempenhar um papel relevante nas questões culturais que levam à criação de silos, por outro, e segundo os participantes, a maneira de pensar do utente reforça muitas vezes estas conceções.

“...a Ordem dos Médicos é que atribui idoneidades formativas a serviços. Tudo começa aqui, a mentalidade de silo começa aqui. A reforma, organizar os cuidados de outra maneira começa aqui...” (Elemento do grupo focal 7)

## **4.2. Configuração dos silos nos serviços de saúde**

“...categoria na carreira médica, interno, especialista grupos se calhar dentro do serviço, depois a seguir serviço, depois do serviço departamento, depois categorias profissionais auxiliar, enfermeiro, médico, administrativo, outros técnicos, cada... um silo direção e tudo o resto...” (Elemento do grupo focal 1)

Os silos podem ser classificados de acordo com a direção em que se disseminam entre os colaboradores da organização como verticais ou horizontais (Vatanpour et al., 2013). A maior parte da literatura dispõe os silos horizontalmente, de acordo com as funções que os departamentos desempenham dentro da organização: produção, vendas, marketing, investigação e desenvolvimento, etc. (Barmyer & Sachseneder, 2013; Organization, 1988). É também reconhecida a sua dimensão vertical, a visão dos silos como uma perversão da gestão descentralizada (Côté, 2002) e o reconhecimento de que a problemática se aprofunda pela forma como o poder e os objetivos são distribuídos pelos diversos níveis hierárquicos da organização (Stone, 2004).

Há ainda assim organizações com configurações mais complexas como os hospitais. Estes apresentam vários grupos profissionais com diferentes percursos académicos, expectativas e funções. Classicamente prestadores de cuidados de saúde, e gestores e administrativos, que convivem dentro de um mesmo departamento (Fenwick et al., 2009). Desta forma pode considerar-se que os silos têm uma outra dimensão horizontal, para além da função departamental, a classe profissional.

Dentro dos departamentos/serviços e de um grupo profissional podem ainda existir silos mais pequenos, pessoas que partilham interesses, elos pessoais fortes ou uma determinada área de conforto, e que estabelecem uma comunicação preferencial que os separa do resto do seu departamento (Vatanpour et al., 2013). Aliás, no caso dos hospitais, e de acordo com os médicos participantes nos grupos, haverá situações em que disputas internas entre médicos de um mesmo departamento têm consequências graves para a organização.

Antes de analisar o material recolhido nos grupos é importante revisitar a definição de silo até pela necessidade de delimitar a análise. Os silos podem ser definidos como grupos que tendem a trabalhar por si, como uma unidade autónoma dentro de uma organização, condicionando a interação dos membros das diferentes unidades (Vatanpour et al., 2013).

Apesar desta mesma definição ter sido transmitida, os participantes acabaram por situar a temática a um nível mais amplo, referindo-se a qualquer *stakeholder* como um silo. Para esta análise vamos, tal como diz a definição, limitar a análise à organização CHP.

“...de cima para baixo, Primeiro Ministro, Ministério da Saúde, o Secretário da Saúde, a ASSS, a ERS, a ARS, a direção do hospital, a administração do hospital, o diretor clínico, o departamento de medicina, o serviço de medicina, o serviço, a unidade, são tudo silos. O departamento do serviço de enfermagem, o serviço dos auxiliares de ação médica, o serviço dos maqueiros, serviços de recursos humanos...” Elemento grupo focal 2

“... indústria farmacêutica, que influencia completamente...” (Elemento do grupo focal 2)

“...representações da ordem, dos sindicatos...” (Elemento do grupo focal 7)

“...silo dos doentes e silo dos familiares e acompanhantes também têm influência...” (Elemento do grupo focal 1)

Não se considerou o utente como um silo já que este, mais que uma componente da organização, é o substrato sob o qual o sistema atua.

As empresas prestadoras de serviços à organização foram excluídas por se considerar, não a empresa, mas o serviço prestado por esta como fator de produção.

Nos vários grupos houve concordância em relação à existência de duas dimensões horizontais paralelas, a funcional e a profissional. A primeira corresponde aos vários serviços, médicos ou não, e a segunda às classes profissionais. Foi também identificada uma dimensão vertical correspondente aos níveis hierárquicos existentes dentro da organização. Os serviços transversais interagem com vários serviços. Por este motivo foram considerados por alguns participantes como uma outra dimensão horizontal. Ainda assim não se considerou que esta dimensão trouxesse particular utilidade à definição da configuração dos silos e introduziria maior complexidade.

“...classe médica, de enfermagem, auxiliar, mensageiros, técnicos de laboratório, raio-X, das empresas que trabalham connosco, da parte da alimentação, da parte de tratamento de roupas, das limpezas, higiene, são tantas... são muitas, são muitas. É uma organização cheia de pequenas

organizações cá dentro. Umas que são dentro da instituição e outras que vêm de fora. Ou que entram cá, nomeadamente as que fazem a manutenção do centro hospitalar...” (Elemento do grupo focal 3)

Os silos das classes profissionais acabam por ter também uma dimensão vertical e horizontal, correspondente à sua própria hierarquia interna e às várias especialidades. Atente-se à classe médica, por ventura a mais hierarquizada e mais complexa, observe-se a sua dimensão vertical, limitando-a à organização e de cima para baixo: diretor clínico, diretor de departamento, diretor de serviço, responsável da unidade, consultor, assistente graduado sénior, assistente graduado, assistente hospitalar, interno de formação específica, interno de formação geral e aluno.

Há também dentro dos serviços silos mais pequenos, pessoas que partilham interesses, elos pessoais fortes ou uma determinada área de conforto, e que estabelecem uma comunicação preferencial que os separa do resto do seu departamento.

“...E há, de facto, até aos nossos próprios pares dentro do serviço, que se calhar formamos silos dentro do próprio serviço. Já não falando de classes, falando das nossas relações. Por isso, acho que isso... há tantos, tantos, tantos, que é impossível enumerá-los a todos...” (Elemento do grupo focal 3)

Por último, foi também apontado o silo hospital, resultado da cultura organizacional, acumulada num percurso institucional que está a agora a atravessar o quarto século, e da incapacidade de olhar para fora da organização.

“...o silo hospital... há um outro silo dentro desta instituição e que existe nas outras também que se chama o silo histórico...” (Elemento do grupo focal 2)

Quanto à configuração dos silos esta será essencialmente matricial: silos horizontais, correspondendo, aos serviços, médicos e transversais, e às classes profissionais; e silos verticais, representados pelos diversos níveis hierárquicos dentro da organização. Há ainda um silo transversal a toda organização, representado pela incapacidade de olhar para fora da própria organização e pela sua história.



### **4.3. Consequência da mentalidade de silo nos serviços de saúde**

“...nós no internamento, acho que devíamos fazer parte, um bocado, da passagem de turno. A mim não me interessa o diagnóstico do doente em si, mas se ele come sozinho, se ele se pode levantar. Quer dizer, nós somos auxiliares, nós não temos direito à passagem de turno. E eles também terminam e não há uma comunicação...” (Elemento do grupo focal 6)

Esta secção, e de acordo com o quadro de temas, será organizada em três partes: consequências ao nível dos colaboradores, da organização e dos clientes. Em relação a estes últimos, o termo utentes é utilizado com o mesmo significado. Para salvaguardar a clareza do raciocínio, já que esta divisão não é completamente estanque, são por vezes numa secção abordadas causas referentes a outro nível.

#### **4.3.1 Ao nível dos colaboradores**

“...vamos entregar uma coisa a um serviço: vamos ter com uma enfermeira, ‘não é comigo’, vamos ter com o auxiliar, ‘não é comigo’, é com outro colega, e está uma pessoa ali para trás e para a frente, para entregar material. Ou uma pessoa para fazer uma requisição para trazer material, ‘ah, não é comigo, é com outra colega, ande comigo’, querem que a gente ande ali... quer dizer, não custa nada fazer uma coisa muito simples, como receber o material, não custa nada...” (Elemento do grupo focal 6)

Em 6 dos 7 grupos focais foram apontadas consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde ao nível dos colaboradores. As mais frequentes parecem ir ao encontro do que foi encontrado na revisão da literatura e foram: perda de tempo, perda de eficiência, cansaço, doença, desmotivação, vitimização, radicalização e estagnação profissional.

Departamentos onde prevalece a mentalidade de silo produzem mais fricção e desgaste. O tempo despendido nestes processos esgota os colaboradores e, tendencialmente, extrema ainda mais as posições (Schütz & Bloch, 2006).

“...nós temos que expor a situação clínica como forma de justificar... imaginemos que alguém tem de levar a maca para o doente ir a algum sítio de uma forma urgente. Todo o trabalho que nós temos para justificar que é necessário. Eu não consigo fazer nada sozinha com o doente, sem ter os outros. Há uma hierarquia de decisão nomeadamente na equipa de enfermagem e médica... e depois tudo é questionado, nós temos que usar o nosso próprio desgaste e pôr quase a emoção nas coisas para elas serem feitas...” (Elemento do grupo focal 1)

Um conjunto alargado de reações físicas e mentais a estas situações de stress, que vão das úlceras gástricas à ansiedade, astenia e agressividade, prejudicam a saúde e o bem-estar dos colaboradores. Estes tornam-se inclusive os portadores do “vírus dos silos” (Schütz & Bloch, 2006) já que são eles, não os departamentos em si, que disseminam os comportamentos. As interações dão-se entre pessoas, não entre departamentos.

“...não paramos para falar... não é preciso tanta gente aqui, é preciso mais gente ali... devíamos definimos com calma as coisas antes do desespero. Depois queremos todos tudo ao mesmo tempo e gritamos todos uns com os outros. Estamos exaustas o excesso de trabalho, o *burnout*... está tudo a cair e até porque passamos todo o dia a apontar aos que estão acima de nós: ao diretor clínico, ao diretor do hospital, ao diretor de serviços, ao chefe dos enfermeiros, ao responsável da unidade... e depois não sabemos o que é que estamos realmente a querer discutir... acho que o cansaço é uma grande barreira...” (Elemento do grupo focal 1)

A mentalidade de silo reduz a eficiência e a motivação dos colaboradores. As dificuldades na comunicação conduzem ao erro e ao “apontar de dedos”. Os colaboradores procuram demarcar-se dos erros e recusam responsabilidades para não

prejudicar a sua credibilidade e potencial progressão na carreira. No final todos os colaboradores se sentem como vítimas (Vatanpour et al., 2013).

Os participantes consideraram também que a mentalidade de silo dificulta a comunicação vertical. Foi referida várias vezes a relutância em comunicar com o superior hierárquico, quer por acharem que não traria nenhum resultado, quer pelo receio da reação deste.

“...para comunicar ao meu diretor de serviço alguma coisa ou ter coragem para falar com ele... mostra as barreiras... a comunicação é mais difícil quando as pessoas estão desgastadas... alguém que me venha falar a meio da consulta, ou no intervalo, se eu estiver atarefado vou responder mal e se tiver as coisas a correr bem vou responder bem...” (Elemento do grupo focal 1)

Por mais que uma vez foi apontado que o modelo da organização e os silos limitavam o desenvolvimento e o progresso tanto dos colaboradores como da organização. Uns consideraram que os silos da organização criavam obstáculos e dificuldades a qualquer tipo de projeto inovador e outros, sobretudo dos grupos menos qualificados, que gostariam de fazer formação e aumentar as suas competências, mas que esta possibilidade lhes era vedada pela organização.

“...não deixam as pessoas crescer, porque se calhar não fazem parte do silo, não é? São muito castradores... falo por mim, quantas vezes não quisemos fazer alguma coisa e não nos é permitido porque não fazemos parte do silo...” (Elemento do grupo focal 2)

#### **4.3.2 Ao nível da organização**

Em 6 dos 7 grupos focais foram apontadas consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde ao nível da organização. As mais frequentes parecem ir ao encontro do que foi encontrado na revisão da literatura e foram: má comunicação, falta de cooperação, perda de confiança, competição interna, conflitos, duplicação de serviços, perda de eficiência, desperdício e não aproveitamento de recursos, dificuldades

acrescidas na implementação de mudanças, barreiras à inovação e descredibilização perante os clientes.

Ao encontro do que referiram vários autores (Barmyer & Sachseneder, 2013; Côté, 2002; Stone, 2004) os participantes nos grupos consideraram que a mentalidade de silo causa dificuldades na comunicação, falta de cooperação, perda de confiança e competição interna. Os departamentos interagem, não como parte de uma mesma organização, mas como competidores e perseguem os seus objetivos individuais sem consideração pelas consequências destas ações para os restantes departamentos (Barmyer & Sachseneder, 2013; Côté, 2002; Stone, 2004).

“...as quintas cada um tem a sua quintinha, cada um resolve as coisas de sua maneira. Elas estão divididas organicamente e deveriam funcionar bem individualmente. A verdade é que há sempre coisas que se sobrepõem e é aí começam os atritos...” (Elemento do grupo focal 1)

“...alguns objetivos podem ser contraditórios. O facto de um serviço gastar demasiado x pode ter consequências para o serviço y... numa semana esgotar um fármaco da pode deixar a farmácia malvista... as ações podem ser nefastas entre os diversos grupos...” (Elemento do grupo focal 1)

As barreiras à comunicação promovem o isolamento. Este tem um impacto negativo nos processos, já que há uma carência de integração das funções. Quebrar estas barreiras geraria valor já que seria possível partilhar serviços, competências e sistemas transversalmente, encorajando as boas práticas. Ainda assim o mais importante seria a redução das tensões não produtivas dentro da organização (Côté, 2002).

“...desperdícios de várias naturezas. Desperdícios económicos, desperdícios científicos, desperdícios no saber... se houvesse essa partilha, essa interpenetração... essa matriz, de facto, seria mais proveitosa...” (Elemento do grupo focal 7)

“...quando surgem problemas, demora mais tempo a serem resolvidos, e de uma pior maneira. Isso leva a um mau ambiente nos serviços, leva a desânimo, leva a uma falha brutal na produtividade e, fundamentalmente, leva a que as pessoas não estejam satisfeitas no seu local de trabalho, o sítio onde passamos a maior parte do nosso tempo.” (Elemento do grupo focal 2)

A implementação de mudanças dentro de uma organização onde os silos proliferam é muito difícil. Os líderes das unidades de negócio não têm uma perspetiva global da organização e empreenderão este esforço numa lógica de “vencedores e vencidos” que apenas aumentará a tensão dentro da organização (Franklin, 2014).

Também é frequente o desenvolvimento do mesmo projeto, separadamente, por duas unidades de negócio (Franklin, 2014).

“...foi criado dentro do departamento o Corelab, há oito anos atrás, no sentido de rentabilizar. Uma unidade na qual o objetivo era automatizar tudo o que fosse possível. O restante ia para os serviços, dependendo da área obviamente. Ao criar uma unidade paralela que faz os mesmos parâmetros vai haver ali uma duplicação. Não é a duplicação, a ideia era só um ficar, mas a verdade é que há dois serviços a fazer o mesmo parâmetro. Vai haver sempre alguém a dizer que o serviço não é dele é do outro e cria esse conflito. Às vezes perde-se muito mais tempo a discutir quem é que faz x ou y do que simplesmente a fazer...” (Elemento do grupo focal 1)

Os vários departamentos e serviços envolvidos no processo de prestação de cuidados estão focados nos seus processos internos e custos. Não há uma preocupação com a coordenação das atividades com as de outros departamentos envolvidos no processo. A consequência deste não alinhamento de processos é a descontinuidade no fluxo de utentes, o que diminui tanto a produtividade como a sua satisfação (Drupsteen et al., 2013).

“...estou a tentar resolver um problema a um doente na minha consulta e não consigo... vou pedir uma consulta de colaboração a outra especialidade que

acho mais adequada... faço um pedido no computador e esse pedido segue e alguém há-de receber... neste percurso passamos por três silos diferentes: o meu serviço, o do pedido de consulta e o do serviço que vai receber esse pedido e o vai distribuir a um profissional desse serviço. Às tantas, fazia muito mais sentido encurtar isso e haver uma comunicação mais direta entre os profissionais, nós conseguimos... falando, transmitir muito mais informação do que aquilo que vai escrito...” (Elemento do grupo focal 2)

Por último, foi referido pelos participantes dos grupos que a mentalidade de silo era uma grande barreira à inovação e que podia descredibilizar a organização, seja perante os clientes, já que a forma descontínua como os cuidados de saúde são prestados podia passar uma má imagem a estes, seja perante outros que tenham de interagir com a organização.

“...muitas vezes, quando há barreira à comunicação, o próprio doente acaba por se aperceber que há ali qualquer coisa, porque a enfermeira até disse que não havia cobertores e depois havia e o assistente operacional vem por trás e diz outra coisa qualquer...” (Elemento do grupo focal 4)

#### **4.3.3 Ao nível dos clientes**

“...tem citometria de fluxo a unidade de imunologia e tem citometria de fluxo a medicina que está lá atrás na hematologia clínica. Mais uma vez há uma duplicação.... anda o mensageiro de um lado para o outro e não aceitam, chega ao outro lado e não aceitam. É uma sexta-feira à tarde, a análise não é feita, ao cúmulo de irem amostras para o lixo, porque entra o fim de semana e a amostra não é conservada...” (Elemento do grupo focal 1)

Em 4 dos 7 grupos focais foram apontadas consequências da mentalidade de silo nos serviços de saúde ao nível dos clientes. Um número considerável de participantes considerou que o esforço adicional por parte dos colaboradores fazia com que as

problemáticas inerentes à mentalidade de silo não se repercutissem nos utentes. As consequências mais referidas foram ao encontro da revisão da literatura: frustração, não resolução do problema em tempo útil, qualidade e quantidade de serviços de saúde oferecidos, falhas ao nível da informação disponibilizada e a colocação da ênfase no processo e não no utente.

As dificuldades na comunicação e colaboração dentro da organização comprometem a resolução em tempo útil do problema do cliente. Não é raro que o cliente se sinta a lidar com uma organização dividida (Organization, 1988), em que há um conjunto de pequenos poderes, bloqueios de informação e soluções insulares que dificultam a resolução do seu problema. O utente relaciona-se com a organização como um todo e espera que esta reaja consistentemente às suas solicitações, independentemente da unidade com que interaja (Franklin, 2014).

“...quem está incluído no processo não está tão esclarecido acerca daquilo que está a fazer, ou não está tão motivado, ou não concorda e acaba por estar a trabalhar com menos eficácia. Não porque o queira, mas porque muitas vezes o processo leva a isso. Ao estar menos motivado, quem perde é o doente... isto leva a atrasos nas chamadas dos doentes, leva a atrasos para fazer exames complementares de diagnóstico. Leva a mal-entendidos entre a informação que é dada numa especialidade para outra especialidade ao mesmo doente, em que ele está a andar a baloiçar ali de um para o outro. Vem um diz uma coisa, outro vem e diz-lhe outra. As pessoas esquecem-se que o mais fácil é sentarem-se todos e conversarem...” (Elemento do grupo focal 2)

Os participantes dos grupos focais consideraram que não era infrequente ser transmitida informação incompleta e insuficiente aos utentes e família, umas vezes por falta de tempo, outras por os próprios profissionais não disporem dessa informação, dada a insularidade dos serviços prestados.

“...há falhas na informação disponibilizada aos doentes e aos familiares... perguntam: “O meu pai, o que é que se passa com o meu pai?... não me sabe dizer...como é que não me sabe dizer?”...” (Elemento do grupo focal 1)

“...nós às vezes estamos pouco disponíveis para prestar informações que os doentes e os familiares querem receber... por exemplo falando na urgência... eles a querer receber informação... às vezes nós estamos mais ocupados ou preocupados com o doente, ou com outros doentes, ou com outras coisas para resolver, e deixamos um bocadinho a questão da comunicação, do esclarecimento aos familiares... devíamos preocupar mais com isso...”  
(Elemento do grupo focal 1)

Alguns dos participantes consideraram que a mentalidade de silo podia condicionar os cuidados oferecidos, não só ao nível da qualidade, mas também da quantidade.

“...lá no nosso silo, tínhamos o objetivo de lhe fornecermos o melhor tratamento possível baseado na evidência atual. Acaba por não acontecer, ou porque não há referenciação... ou porque estão... em paralelo, em dois serviços diferentes, que em articulação seriam muito bons e muitos positivos e que, às vezes, por não haver essa comunicação até se torna contraproducente e ter um resultado final prejudicial...” (Elemento do grupo focal 2)

“...aquilo que às vezes podemos oferecer ao doente é condicionado por muitos outros aspetos que nós podemos ou não controlar. Esses aspetos podem ter muitos a ver com silos que nos podem limitar na nossa atividade... interesses políticos, económicos... não poder dar aquilo que acho que o doente pode ter porque há uma limitação orçamental e não deixam dar... pode não interessar ao hospital utilizar, ou estar interessado em usar mais um recurso...” (Elemento do grupo focal 2)

Para além disso admitiam que haveria cuidados que muitas vezes não eram oferecidos dadas as barreiras burocráticas que os silos colocavam.



“...temos tantas barreiras para ultrapassar que a certa altura já nem começamos porque não apetece ter de passar aquelas barreiras todas... a última vítima é o doente...” (Elemento do grupo focal 2)

Por último, referiram que o excessivo enfoque nos processos descentrava o serviço de saúde do utente, com manifesto prejuízo para este.

“...às vezes, nem se pensa no doente, é preciso é correr, fazer as coisas, chegar à hora e acabar, deixar aquilo pronto. Esquecem-se que, se nós trabalhássemos todos em grupo, interagirmos uns com os outros com calma, as coisas funcionavam melhor. Só que as pessoas aqui esquecem-se muito disso. É correr, é para a frente, é ter de fazer as coisas, e esquecem-se do resto...” (Elemento do grupo focal 6)

#### **4.4. Especificidades da mentalidade de silo nos serviços de saúde**

“...tendemos para que cada vez mais a diferença seja menor entre o hospital e uma empresa. Deve ter-se atenção aos custos. Se calhar por muitos anos não houve essa atenção e caiu-se num fosso difícil de controlar, mas de facto aquilo que interessa é tratar bem duma população... a ideia é tratar bem o doente esse é o objetivo dum hospital ou de um centro hospitalar. Mas cada vez mais tendo em conta o lucro. Se calhar tenta mascarar-se um bocado, passar a imagem que isso não é assim tão importante que se tenta e pronto...” (Elemento do grupo focal 1)

Este foi o ponto onde as opiniões mais se dividiram. Cerca de metade dos participantes consideraram que esta problemática, nas organizações de saúde, era essencialmente a mesma que nas restantes organizações, com os restantes participantes a terem uma opinião contrária. Destes últimos, a grande maioria colocou a ênfase, não tanto na finalidade, ser uma organização que presta serviços de saúde, mas no facto de ser uma organização com uma cultura de função pública. Outros consideraram que a sua

finalidade, não o lucro, mas os ganhos em saúde, levava a que a questão tivesse de ser enquadrada de uma forma diferente. Ainda assim, admitiram que o CHP tendia cada vez mais para uma gestão empresarial clássica.

Pelo exposto neste capítulo, parece haver especificidades da mentalidade de silo nos serviços de saúde. A mais relevante é a importância das culturas profissionais. Quanto às questões referidas pelos participantes, se no caso da finalidade é de facto uma especificidade dos serviços de saúde, já o tratar-se de uma organização da esfera pública, pode ser comum a organizações de outras áreas, não obstante esta se apresentar como uma especificidade significativa da organização em estudo.

“...penso que em empresas privadas, de grande dimensão, a mentalidade de silo será semelhante. E, se pensarmos no exemplo de algumas instituições bancárias e financeiras, eu penso que existe também a mentalidade de silo, a mentalidade de colocar entraves aos procedimentos que permitam a autovigilância e a autoprojeção... isto está muito numa coisa muito humana: que é um espírito de a nossa tribo suplanta a outra...” (Elemento do grupo focal 7)

Muitos dos participantes colocaram uma grande tónica no facto de o CHP se encontrar na esfera pública. Aqueles com cargos de gestão consideram que, ao contrário do que acontece no privado, não têm autoridade ou forma de recompensar ou de censurar os colaboradores consoante os seus comportamentos. Os colaboradores, sobretudo os assistentes operacionais, consideraram que, baseando esta opinião na sua experiência pessoal, no sector privado as pessoas são recrutadas e colocadas nas diferentes funções consoante a sua vocação ou competência, enquanto que nos serviços públicos por vezes eram recrutados “...os piores...” e a colocação numa função era praticamente aleatória.

“...isto não é uma empresa. Uma empresa, na verdadeira aceção da palavra, tem também um organigrama, nós temo-lo, e tem um conjunto de ferramentas de gestão que nós não temos. Nós não temos ferramentas de gestão nem de premeio, nem de castigo, isso não existe. E isso faz toda a diferença, toda a diferença. Há situações de bloqueio que se passam tanto aqui como em empresas privadas, mas a abordagem da hierarquia relativamente a esse bloqueio é

completamente diferente, completamente diferente. As coisas boas que acontecem na nossa instituição e noutras instituições privadas de saúde ou outras têm também um tratamento completamente diferente...” (Elemento do grupo focal 7)

“...antes de vir para aqui trabalhei no privado... são muito mais exigentes. Eramos recompensados, eramos avaliados realmente... compensavam uma pessoa que realmente merecia. Aqui não vejo nada disso... tivemos lá uma colega que, desde que veio, era uma colega das mais novas, foi sempre muito problemática. Mesmo com os doentes, não respeitava, faziam queixa dela e nada... simplesmente, está ali, age sempre como se nada acontecesse... se fosse no privado, isso não acontecia. Aquele elemento ali não estava...” (Elemento do grupo focal 6)

Outros participantes consideraram que o objetivo final da organização, ganhos em saúde, ao invés do lucro, faz com que a questão da mentalidade de silo tenha de ser enquadrada de forma diferente nos cuidados de saúde.

“...numa empresa é fácil definir o objetivo final e avaliar se está a ser cumprido ou não... nos cuidados de saúde é muito diferente ... o objetivo final, gostaríamos que toda gente achasse que fosse o bem do doente...” (Elemento do grupo focal 1)

“...estão a tratar de pessoas, dos doentes, que precisam. Eu posso ter que gastar duas fraldas, com o doente, ou imagine-se seis durante o dia ou sete.... dizerem-me no hospital para gastar o menos possível. Se o doente precisa que eu lhe mude as fraldas, se está sujo, eu vou ter de evitar que se mude, porque tenho de poupar, porque a organização não pode gastar tanto dinheiro? Eu não posso comparar a uma instituição privada, que faz pães, camisolas, candeeiros...” (Elemento do grupo focal 6)

#### **4.5. Definição de mentalidade de silo nos serviços de saúde**

A definição de mentalidade de silo inicialmente utilizada neste trabalho: o conjunto de crenças individuais ou grupais que pode causar divisões e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados, parece também ser aplicável aos cuidados de saúde. Não se encontrou nenhuma dimensão da problemática que não fosse adereçada por esta definição. Ao nível das consequências negativas, a definição poderá ser mais específica, até pela necessidade da distinção entre mentalidade de silo e cultura departamental: conjunto básico de pressupostos dos colaboradores de uma área funcional que se expressa sob a forma de valores ou artefactos culturais (Wiebeck cit. por Barmyer & Sachseneder, 2013).

Propõe-se então como definição de mentalidade de silo nos serviços de saúde: o conjunto das crenças, individuais ou grupais, que podem causar divisões dentro de uma organização que presta cuidados de saúde e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados, com consequências negativas para a organização, os colaboradores e os utentes.

#### **4.6. Conclusão**

Com base na informação recolhida nos grupos focais, conclui-se que os profissionais do CHP consideram a mentalidade de silo um problema relevante da organização.

Estes referiram como principais causas a segmentação profissional e funcional dentro da organização. Quanto à configuração, apontaram silos horizontais, correspondendo, aos serviços e às classes profissionais; e silos verticais, os vários níveis hierárquicos dentro da organização. Foi apontado um silo transversal à organização, a incapacidade de olhar para fora da organização. Em relação às principais consequências da mentalidade de silo os participantes referiram: ao nível dos colaboradores a perda de eficiência, cansaço e desmotivação; ao nível da organização a perda de eficiência, dificuldades na comunicação e desperdício; e ao nível dos clientes as falhas na informação que lhes é

disponibilizada, menor qualidade dos cuidados e a descentração do utente para o processo.

A mentalidade de silo nos serviços de saúde pode ser definida como o conjunto das crenças, individuais ou grupais, que podem causar divisões dentro de uma organização que presta cuidados de saúde e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados, com consequências negativas para a organização, os colaboradores e os clientes.

## Capítulo 5. Conclusão

Com este trabalho pretendeu-se desenvolver um enquadramento teórico empiricamente sustentado para a problemática da mentalidade de silo nos serviços de saúde e clarificar conceptualmente o termo.

Como a literatura sobre a temática é escassa este tratou-se de um trabalho exploratório que recorreu a uma metodologia de combinação sistemática, que consiste numa combinação evolutiva e dinâmica da teoria e da realidade, onde estudo empírico e quadro teórico se desenvolvem simultaneamente, ancorado numa lógica abductiva. Para a recolha de dados realizaram-se 7 grupos focais compostos por colaboradores das várias categorias profissionais do Centro Hospitalar do Porto. Este foi escolhido por se tratar de uma organização de saúde com um longo historial e que nasceu da fusão de vários hospitais da cidade do Porto com culturas profissionais próprias, assim, um bom caso de estudo para a investigação desta problemática.

A mentalidade de silo nos serviços de saúde pode ser definida como o conjunto das crenças, individuais ou grupais, que podem causar divisões dentro de uma organização que presta cuidados de saúde e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados, com consequências negativas para a organização, os colaboradores e os clientes.

As suas causas vão muito para lá da natureza Humana e são consequência não só da dimensão e divisão das tarefas dentro da organização, mas também do próprio modelo hierarquizado e rígido da organização, segmentado funcionalmente e por grupos profissionais e com insuficientes canais de comunicação. Tanto a liderança como a cultura têm, também, um impacto significativo na problemática, por um lado porque o estilo de liderança pode mitigar ou exacerbar os problemas causados pelos silos e por outro porque a cultura tem um papel preponderante na perpetuação dos silos.

A configuração dos silos é essencialmente matricial: silos horizontais, correspondendo, aos serviços, médicos e transversais, e às classes profissionais; e silos verticais, representados pelos diversos níveis hierárquicos dentro da organização. Há ainda um silo transversal a toda organização, representados pela incapacidade de olhar para fora da própria organização e pela sua própria história. Dentro dos serviços funcionais ou grupos profissionais podem ainda haver silos mais pequenos.

Quanto às suas consequências, a mentalidade de silo provoca ao nível dos colaboradores: perda de eficiência, cansaço, doença, desmotivação, vitimização e estagnação profissional. Ao nível da organização: perda de eficiência, dificuldades na comunicação, conflitos, desperdício e não aproveitamento de recursos, dificuldades na implementação de mudanças, barreiras à inovação e descredibilização perante os clientes. Ao nível dos clientes: frustração, não resolução do problema em tempo útil, menor qualidade e quantidade de serviços de saúde oferecidos, falhas ao nível da informação disponibilizada e a descentração do utente para o processo.

Este trabalho tem as limitações inerentes a qualquer investigação de natureza qualitativa: o facto de se basear numa amostra relativamente pequena, um pouco mais de 1 % dos colaboradores da organização, a transposição das ambiguidades inerentes à linguagem humana para a investigação e as dificuldades ao nível da generalização, já que é um estudo de caso. Por este motivo os resultados devem ser analisados com especial cuidado. Ainda assim, este estudo permitiu uma análise da situação sem destruir a complexidade do tema e levando em conta o contexto.

De um ponto de vista teórico este trabalho sistematizou a problemática da mentalidade de silo nos serviços de saúde, tendo sido o primeiro a fazê-lo para uma área organizacional específica. Confirmou a sua importância e caracterizou-a melhor, apontando as suas principais especificidades, quando comparada com outras áreas de atividade. Destas especificidades destaca-se a grande importância das culturas profissionais.

Há divisões estruturais entre as classes de profissionais de saúde e, nos grupos focais, os profissionais de saúde acabaram por assumir a sua cultura profissional, muitas vezes inconscientemente, colocando-se no seu silo. As profundas cisões entre os grupos profissionais conduziram a discursos polarizados, colocando muitas vezes as problemáticas numa lógica de conflito, criticando e culpando os grupos a que não pertenciam.

Os profissionais referiram várias vezes que nunca lhes foram dados a conhecer os objetivos e as metas da organização. Esta situação dificulta o alinhamento das culturas dos departamentos entre si e com a da organização, sendo os gestores das unidades muitas vezes um filtro de informação entre a direção e os colaboradores.

Os profissionais nutrem especial carinho e identificam-se com a instituição. Ainda assim, mostram-se desiludidos por causa de situações específicas causadas por problemas de comunicação, que têm grande impacto no grupo e/ou no indivíduo.

Perante a informação recolhida várias questões prementes se levantam. Por um lado, a necessidade de discutir e pensar o modelo organizacional dos serviços de saúde que neste momento é orientado pela divisão funcional do trabalho. Por outro, aceitando-se este modelo como o melhor, ou simplesmente como o que está efetivamente implementado, é necessário tomar consciência das suas insuficiências, nomeadamente ao nível da comunicação, da cooperação e da integração do trabalho, e agir em conformidade para mitigar os problemas que daí advêm.

Os profissionais reconhecem a existência dos silos e que a organização que se empenhar em os desconstruir terá ganhos ao nível da eficiência e da satisfação de colaboradores e utentes.

A resolução da problemática pode ser mais simples do que aparenta. Se a organização colocar enfoque sobre o tema e promover ativamente o diálogo e a cooperação entre serviços e grupos profissionais, grande parte das questões serão ultrapassadas. A solução passa literalmente por falar sobre o assunto, à imagem do que se fez nos grupos focais. Este diálogo tem de ser inclusivo e aberto a todos os que interagem com a organização. É também importante estabelecer e institucionalizar veículos de comunicação bidirecionais e diretos entre a direção e os colaboradores, sem passar por quaisquer filtros ou interlocutores. A formação interdepartamental e intergrupar, enquanto exercício de *team building* e de identificação com a organização, pode ser igualmente útil.

No futuro, será importante testar esta teoria, no sentido de avaliar a possibilidade da sua generalização.



## Referências bibliográficas

- Ashmos, D. P., Duchon, D., & McDaniel Jr, R. R. (2000), "Organizational responses to complexity: The effect on organizational performance". *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 13, Nº. 6, pp. 577-595.
- Association, American Management. (2002). "AMA 2002 survey on internal Collaboration". *AMA Research*.
- Barmyer, C., & Sachseneder, C. (2013). "From silo mentality to 'angularity' of the departments. The contribution of departmental cultures to diversity in companies". *European Academy of Management*. Istanbul, Turquia. 2013.
- Barratt, M. (2004). "Understanding the meaning of collaboration in the supply chain". *Supply Chain Management: an International Journal* Vol. 9, Nº 1, pp. 30-42.
- Bevc, C. A., H. Retrum, J., & M. Varda, D. (2015). "New perspectives on the “silo effect”: initial comparisons of network structures across public health collaboratives". *American Journal of Public Health*, Vol 105, Supl. 2, pp. S230-S235.
- Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). "Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism". *Journal of Interprofessional Care*, Vol 20, Nº. 5, pp. 461-470.
- Chevrier, S. (2003). "Cross-cultural management in multinational project groups". *Journal of World Business*, Vol. 38, Nº. 2, pp. 141-149.
- Chisita, C. T., & Abdullahi, I. "Rising above the grain silo mentality through collaboration: Creating opportunities between the LIS educators and Practitioners in developing countries". *World Library and Information Congress: 78<sup>th</sup> IFLA General Conference and Assembly*. Helsínquia, Finlândia. 2012.
- Cilliers, F., & Greyvenstein, H. (2012). "The impact of silo mentality on team identity: An organisational case study". *South African Journal of Industrial Psychology*, Vol. 28, Nº.2.
- Cohn, K. H. (2005). *Better communication for better care: mastering physician-administrator collaboration*. Michigan: Health Administration Press.

- Côté, M. (2002). "A matter of trust and respect". *CA magazine*, Vol. 135, N°. 2, pp. 60.
- Cromity, J., & de Stricker, U. (2011). "Silo persistence: It's not the technology, it's the culture!". *New Review of Information Networking*, Vol. 16, N°. 2, pp. 167-184.
- Diamond, M., Allcorn, S., & Stein, H. (2004). "The surface of organizational boundaries: A view from psychoanalytic object relations theory". *Human Relations*, Vol. 57, N°. 1, pp. 31-53.
- Drummond, M., & Jönsson, B. (2003). "Moving beyond the drug budget silo mentality in Europe". *Value in Health*, Vol. 6, suppl. 1.
- Drupsteen, J., van der Vaart, T., & van Donk, D. P. (2013). "Integrative practices in hospitals and their impact on patient flow". *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 33, N°. 7, pp. 912-933.
- Dubois, A., & Gadde, L. E. (2002). "Systematic combining: an abductive approach to case research". *Journal of Business Research*, Vol. 55, N°. 7, pp. 553-560.
- Ensor, P. S. (1988). "The functional silo syndrome". *Target*, Vol. spring, pp. 16.
- Feigenbaum, A., Dole, P., Aucejo, S., Dainelli, D., Garcia, C., Hankemeier, T., . . . Pastorelli, S. (2005). "Functional barriers: properties and evaluation". *Food Additives and Contaminants*, Vol. 22, N°. 10, pp. 956-967.
- Fenwick, T., Seville, E., & Brunsdon, D. (2009). "Reducing the impact of organisational silos on resilience: a report on the impact of silos on resilience". *Resilient Organization Research Programme*, Nova Zelândia.
- Fletcher, G., McGeorge, P., Flin, R. H., Glavin, R. J., & Maran, N. J. (2002). "The role of non- technical skills in anaesthesia: a review of current literature". *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 88, N°. 3, pp. 418-429.
- Franklin, M. (2014). "3 lessons for successful transformational change". *Industrial and Commercial Training*, Vol. 46, N° 7, pp. 364-370.
- Golledge, R. G., & Marston, J. R. (1999). "Towards an accessible city: Removing functional barriers to independent travel for blind and vision-impaired residents and visitors". *California Partners for Advanced Transit and Highways (PATH)*, Califórnia
- Guelke, C. (2005). "A strategic approach to disaster preparedness. Paper presented at the proceedings". *2005 IEEE International Engineering Management Conference*, St. John, Canada. 2005.

- Hajek, A. M. (2013) "Breaking down clinical silos in healthcare". *Frontiers of Health Services Management*. Vol. 29, Nº. 4, pp. 45-50.
- Hennink, M. M. (2007). *International focus group research: A handbook for the health and social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper". *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2, Nº. 4.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Kumarasamy, M. A., & Sanfilippo, F. P. (2015). "Breaking down silos: engaging students to help fix the US health care system". *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Vol. 8, pp. 101-108.
- Langley, E., & Warner, P. (1990). "Challenges facing health services". *Journal of Management Decision Making*, Vol. 4, pp. 23-42.
- Lega, F., & DePietro, C. (2005). "Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy". *Health Policy*, Vol. 74, Nº.3, pp. 261-281.
- McCartney, M. (2016). "Margaret McCartney: Breaking down the silo walls". *British Medical Journal*, pp. 354.
- Miller, A. R., & Tucker, C. (2014). "Health information exchange, system size and information silos". *Journal of Healthcare Economics*, Vol. 33, pp. 28-42.
- Organization, AME Study Group of Functional. (1988). "Organizational renewal: Tearing down the functional silos". *Target*, Vol. summer, pp. 4-14.
- Paige, J. T., Garbee, D. D., Kozmenko, V., Yu, Q. Z., Kozmenko, L., Yang, T., . . . Swartz, W. (2014). Getting a Head Start: High-Fidelity, Simulation-Based Operating Room Team Training of Interprofessional Students. *Journal of the American College of Surgeons*, Vol. 218, Nº. 1, pp. 140-149.
- Porto, Centro Hospitalar do. (2016). *Relatório & Contas 2015*. Disponível em [http://www.chporto.pt/pdf/princ\\_bom\\_gov/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2015.pdf](http://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Relatorio_e_Contas_2015.pdf). Acedido em 18.12.2016.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage publications.

- Schütz, P., & Bloch, B. (2006). "The "silo- virus": diagnosing and curing departmental groupthink". *Team Performance Management: An International Journal*, Vol. 12, N°. 1/2, pp. 31-43.
- Stone, F. (2004). "Deconstructing silos and supporting collaboration". *Employment Relations Today*, Vol. 31, N°. 1, pp. 11-18.
- Sy, T., & Côté, S. (2004). "Emotional intelligence". *Journal of Management Development*, Vol. 23, N°. 5, pp. 437-455.
- Vatanpour, H., Khorramnia, A., & Forutan, N. (2013). "Silo effect a prominence factor to decrease efficiency of pharmaceutical industry". *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, Vol. 12, Supl., 207-216.
- Waldman, J. (2007). "Thinking systems need systems thinking". *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 24, N°. 3, pp. 271-284.
- Waldman, J. D. (2009). "The triple standard in healthcare". *California Journal of Politics and Policy*, Vol 1, N°1, Art. 19, pp. 1-12.
- Waldman, J. D., & Cohn, K. H. (2007). *The business of healthcare*. Westport: Praeger Publishers.
- Waldman, J. D., Smith, H. L., Hood, J. N., & Pappelbaum, S. J. (2006). "Healthcare CEOs and physicians: reaching common ground/practitioner application". *Journal of Healthcare Management*, Vol. 51, N°. 3, pp. 171-183.
- Zuger, A. (2004). "Dissatisfaction with medical practice". *New England Journal of Medicine*, Vol. 350, N°. 1, pp. 69-75.

## Anexos

### Anexo 1: Protocolo de investigação

Título: Mentalidade de Silo nos Serviços de Saúde

#### Introdução:

Nas últimas duas décadas vários autores falaram sobre a importância da mentalidade de silo nos cuidados de saúde (Hajek, 2013; Kumarasamy & Sanfilippo, 2015; Vatanpour et al., 2013), já que, com o progresso técnico e a especialização médica, o número de serviços e departamentos nos hospitais teve um grande incremento. (Langley & Warner, 1990; Waldman, 2007).

Os silos podem ser definidos como grupos que tendem a trabalhar por si, como uma unidade autónoma, dentro de uma organização, condicionando a interação dos membros das diferentes unidades. Se numa quinta os silos previnem que os diferentes cereais se misturem, numa organização conduzem a uma menor produtividade, já que os colaboradores apresentam uma maior relutância na cooperação e na integração do seu trabalho nas várias funções dentro da organização (Chopra, 2001) (cit. por (Vatanpour et al., 2013)). Estes surgem não apenas nas organizações, mas também entre disciplinas, ocupações ou até metodologias (Fenwick et al., 2009).

O termo mentalidade de silo é frequentemente utilizado para descrever as crenças individuais ou grupais que podem causar divisão e cujo resultado mais comum é a criação de barreiras à comunicação e o desenvolvimento de processos de trabalho desarticulados. Este tipo de mentalidade pode reduzir a motivação e gerar indiferença em relação às necessidades dos outros (Vatanpour et al., 2013).

Alguns autores referiram o termo *functional barriers* (Barratt, 2004) como um equivalente de mentalidade de silo. Ainda assim, por um lado este termo é utilizado com um significado diferente e específico na química (Feigenbaum et al., 2005) bem como na literatura sobre dificuldades de circulação de pessoas com mobilidade reduzida (Golledge & Marston, 1999), por outro lado a natureza não física, enquanto processo

psíquico, que se pretende contido no significado, parece ficar melhor plasmado no termo mentalidade de silo.

O conceito de cuidados integrados (*Integrated Care*), cujo significado está longe de ser universal (Kodner & Spreeuwenberg, 2002), apesar de estar, tal como o de mentalidade de silo, essencialmente alicerçado no pensamento sistémico, acaba por estar a jusante deste. Este, tomando a mentalidade de silo como uma das suas possíveis causas, apresenta-se, e de acordo com a definição de Kodner e Spreeuwenberg (2002), como um conjunto coerente de metodologias e modelos de financiamento, administração, organização e prestação de serviços, não como um conjunto de crenças. Para além de causa, a mentalidade de silo pode também surgir como um entrave a uma integração de cuidados de saúde com êxito.

É importante acrescentar de dois outros conceitos utilizados em artigos relacionados com os serviços de saúde e próximos ao de mentalidade de silo: silos informacionais (*Informational Silos*) e mentalidade de silo no orçamento (dos medicamentos) (*drug budget silo mentality*). O primeiro pode ser definido como um sistema de dados que não troca informações com um sistema de dados similar (Miller & Tucker, 2014). O segundo refere-se à restrição do orçamento de uma área em particular, neste caso dos medicamentos, ao invés de considerar a despesa em saúde como um todo (Drummond & Jönsson, 2003).

Apesar da mentalidade de silo nos serviços de saúde parecer ser um problema significativo para a organização, colaboradores e utentes, a literatura sobre a temática é ainda escassa, faltando não só um enquadramento teórico empiricamente sustentado, mas também uma clarificação conceptual do próprio termo.

#### Objetivos:

Com este trabalho, pretende-se, recorrendo a grupos focais, perceber se os profissionais de saúde consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde. Em caso afirmativo, procurar-se-á perceber as suas causas e disposição e apresentar uma definição de “mentalidade de silo nos serviços de saúde”, construída levando em conta a informação recolhida.

Por último, é objetivo deste trabalho perceber se a “mentalidade de silo” é responsável, e em que medida, por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, pelos profissionais de saúde e pelos utentes. Caberá também no âmbito deste trabalho apresentar possíveis formas de ultrapassar as mesmas.

#### Metodologia:

A metodologia de combinação sistemática, consiste numa combinação evolutiva e dinâmica de teoria e realidade, onde o estudo empírico e o quadro teórico se desenvolvem simultaneamente. É particularmente útil quando se estuda um único caso com o intuito de desenvolver uma teoria. Esta abordagem está ancorada numa lógica abdutiva, até porque a principal preocupação prende-se com a geração de novos conceitos e o desenvolvimento de novos modelos teóricos e não com a confirmação de uma teoria já existente (Dubois & Gadde, 2002).

Se este tipo de abordagem foi no passado considerado problemático, considerava-se que não seria credível gerar uma teoria com tão pequena amostra populacional, a verdade é que, como salientam os autores, a pequena amostra é mais uma vantagem que um problema. Ao ter um menor número de casos é possível perceber interações, fenómenos e contextos com uma muito maior profundidade (Dubois & Gadde, 2002).

Os grupos focais têm múltiplas aplicações ainda assim são uma ferramenta especialmente eficiente para investigação exploratória e explicativa. A investigação exploratória é útil quando se sabe pouco do tema em estudo. Já a investigação explicativa usa-se quando se procura compreender e explicar determinadas crenças, atitudes ou comportamentos. Os grupos focais passam pela discussão de um conjunto específico de tópicos por um grupo pré-determinado de pessoas (Hennink, 2007). Estes destacam-se das outras formas qualitativas de recolha de informação pelo seu propósito, composição e processo de colheita de dados. No que diz respeito ao propósito, são úteis para identificar diferentes visões do tópico em estudo, já que, o contexto grupal permite recolher várias opiniões em uma única sessão, algo que não é possível recorrendo a entrevistas individuais (Hennink, 2007).

Um estudo com grupos focais é uma série cuidadosamente planeada de discussões com o intuito de obter perceções acerca de uma determinada área de interesse num ambiente permissivo e não invasivo. Importante é também o facto de os membros do grupo se

influenciarem mutuamente, ao responderem aos comentários e às ideias dos outros elementos (Krueger & Casey, 2014).

Neste trabalho procurar-se-á realizar um total de 7 grupos focais, com 6-8 elementos e duração de cerca de 1 hora, representando os grupos profissionais mais relevantes do Centro Hospitalar do Porto (CHP), de acordo com o Relatório e Contas de 2015 do CHP (Porto, 2016), numa proporção de 3 mulheres para 1 homem em todos os grupos com exceção do grupo de dirigentes administradores e diretores onde será de 1 para 1. Os médicos e enfermeiros deverão pertencer a diferentes departamentos do CHP.

- Grupo 1: Médicos Internos
- Grupo 2: Médicos Especialistas
- Grupo 3: Enfermeiros em CTFPTI (contrato de trabalho em funções públicas a tempo indeterminado)
- Grupo 4: Enfermeiros não CTICT (contrato de trabalho a tempo indeterminado – código do trabalho)
- Grupo 5: Assistentes técnicos
- Grupo 6: Assistentes Operacionais
- Grupo 7: Dirigentes, Administradores e Diretores

#### Procedimento:

Neste método de recolha de informação indicado para metodologias qualitativas a amostragem sistemática aleatória não tem a mesma importância que tem nas metodologias que se utilizam para os estudos quantitativos, que procuram testar hipóteses específicas (Hennink, 2007). Desta forma e, não obstante se pretender ter uma amostra representativa dos colaboradores do CHP, uma vez que a participação no estudo não será remunerada, será valorizada a participação voluntária no estudo após contacto inicial com os responsáveis dos serviços.

Os grupos focais serão moderados pelo investigador principal e seguirão um guião estruturado. Numa primeira fase e após receber os participantes o moderador apresentar-se-á, pedindo depois aos restantes elementos do grupo que façam o mesmo. Numa segunda fase será explicado aos participantes o objetivo do estudo, explicado porque foram escolhidos, como a informação recolhida será usada e transmitido uma definição base de “mentalidade de silo”. Por fim, e após explicadas as regras de como



decorrerá a discussão, será colocado sequencialmente um conjunto de perguntas abertas aos participantes com o intuito de recolher a sua opinião. É também importante referir que será garantido que a participação é voluntária e esclarecida, bem como o anonimato das opiniões expressas.

#### Perguntas Abertas:

Consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde?

Que especificidades apresenta a “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?

Quais as causas da “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?

Quais os “silos” que identifica nos serviços de saúde?

Em que medida é a “mentalidade de silo” responsável por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, pelos profissionais de saúde e pelos utentes?

#### Dados:

Toda a informação relativa ao estudo será guardada em arquivo próprio com acesso limitado. Os dados em formato eletrónico serão guardados em ficheiros protegidos com palavra-passe. Só o responsável pelo estudo ou pessoa por ele designadas terá acesso aos dados. Não se recorrerá a nenhum escritor profissional e os resultados do estudo serão apresentados sob forma de trabalhos académicos. Os participantes envolvidos que assim o desejarem terão acesso aos resultados do estudo.

#### Análise:

A análise passará por uma recolha sistemática da informação dos grupos focais de forma a responder às questões colocadas. Esta análise será o processo em que a informação contida nas entrevistas será trabalhada até corresponder a uma resposta às questões em estudo, baseada na evidência (Rubin & Rubin, 2011), que será posteriormente publicada no trabalho final.

Os princípios basilares da análise de dados qualitativos serão seguidos. Este tipo de análise é um processo contínuo até ao momento em que o relatório final está concluído.

O material recolhido num grupo será trabalhado antes da realização do seguinte, decorrendo assim os processos de recolha e de análise dos dados em tandem (Hennink, 2007).

Será dada particular relevância aos padrões de resposta a uma mesma pergunta que terão um papel fundamental no desenvolvimento de uma hipótese de resposta para as perguntas colocadas. Esta situação não é alheia ao facto deste tipo de análise ser circular e não linear, ou seja, a análise é um processo no qual os passos se repetem numa espécie de espiral iterativa (Rubin & Rubin, 2011).

Para que a análise seja verificável, ou seja, para que um outro investigador que analise os mesmos dados tire conclusões similares, a análise tem de ser sistemática e rigorosa (Krueger & Casey, 2014). Assim, será seguido uma metodologia de análise dos dados em 4 passos (Hennink, 2007):

- Transcrição das entrevistas. As entrevistas são transcritas e anonimizadas, sendo retirado o conteúdo não relevante
- Identificação dos temas. Temas podem ser tópicos, assuntos, conceitos, influências, explicações, eventos ou ideias nos quais o foco da atenção é colocado num determinado momento da discussão
- Indexação dos dados pelos temas. Este é um processo sistemático de leitura e releitura das transcrições, examinando os conteúdos e assinalando os segmentos do texto onde surgem determinados temas. É um processo de codificação
- Utilização do enquadramento desenvolvido para efetuar a análise dos dados. O último passo da análise de dados pega no quadro de temas já construído, e que segmentou a informação por temas, para fazer a análise de cada uma das partes dos dados tentando posteriormente ligar as diferentes análises na tentativa de desenvolver uma explicação ou teoria, a partir dos dados, e que responda às questões de investigação

Os dados serão tratados recorrendo ao programa de tratamento de dados qualitativos NVIVO.

## Anexo 2: Autorizações do Centro Hospitalar do Porto



centro hospitalar  
do Porto

Hospital Santo António Hospital Santa Maria Hospital de São João Hospital de São Marcos Hospital de São Vicente

Luís Filipe Almeida  
222 027 75 011  
www.chp.pt

---

Exmo. Sr. Dr. João Caseiro  
Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - "Mentalidade de Silo nos Serviços de Saúde" - N.º REF.º  
2017.006 (006-GER/006-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar em  
Vários Serviços desta Instituição e tendo como Investigador Principal o Dr. João Caseiro.  
O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador  
de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP e pelo  
Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido Parecer Favorável.

Comprimetos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. PAULO GOMES	Dr. J. L. GOMES
Prof. Doutor J. L. GOMES	Dr. J. L. GOMES
Dr. J. L. GOMES	Dr. J. L. GOMES
Dr. J. L. GOMES	Dr. J. L. GOMES

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a noção ref.º.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Mentalidade de Silo nos Serviços de Saúde"		Ref.º: 2017.006 (006-DEPI/006-CES)
		Investigador: Dr. João Caserio Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

<p><b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data:</p>	<p><b>PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 06/04/17</p> <p><b>DR. PAULO BARBOSA</b> Presidente do Conselho de Administração (CCP)</p>
--	---

Em conformidade. Pode ser autorizado

Em 02/04/2017

Lúcia Lobato  
Diretora do GER

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 22.5.2017 Órgão: Reunião Plenária	
Título: "Mentalidade de São nos Serviços de Saúde"		Ref.: 2017.006 (006-CEP/006-CES)
Protocolo/Versão: TA - Mestrado	Promotor: o(s) próprio(s)	Investigador: Dr. João Manuel Reis Cassino Alves Pereira - Médico, Serviço de Pediatria da Infância e Adolescência do CHP; Aluno do 2º ano do Mestrado em Gestão e Economia dos Serviços de Saúde da FEP.

A Comissão de Ética para a Saúde - CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de TA - Mestrado acima referenciado:

Ouvindo o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo  
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Ent.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhadas Soares  
Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior:

PARECER FAVORÁVEL

Dr. SÉRGIO TOMPAIS  
Assessor do Presidente do Conselho de Administração  
Relator da Comissão de Ética para a Saúde

Data 22.5.2017

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

### **Anexo 3: Informação para participantes**

#### **Estudo: Mentalidade de Silo nos Serviços de Saúde**

A “mentalidade de silo” é muitas vezes apontada como uma barreira importante à comunicação e à integração de funções dentro das organizações. Também na saúde vários autores referem a sua relevância, ainda assim a literatura sobre a temática é escassa, faltando um suporte teórico e empírico.

Pretende-se com este trabalho compreender se os profissionais dos serviços de saúde consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde. Em caso afirmativo procurar-se-á compreender as suas causas, configuração e consequências.

A “mentalidade de silo” pode ser entendida como um conjunto de crenças individuais ou grupais que podem causar divisão e criar barreiras tanto à comunicação como ao desenvolvimento de processos de trabalho articulados.

Neste estudo serão realizados 7 grupos focais de 6 a 8 elementos que se procuram que incluam, e de acordo com o Relatório & Contas de 2015, os grupos profissionais mais representativos, do Centro Hospitalar do Porto.

Cada grupo focal terá uma duração de cerca de uma hora e seguirá um guião estruturado contendo um conjunto de perguntas abertas em relação às quais se procurará a opinião dos profissionais envolvidos. Uma das grandes vantagens deste método de recolha de informação é que as opiniões expressas pelos presentes poderão influenciar-se mutuamente.

O investigador principal será o moderador dos grupos focais. O conteúdo das entrevistas será transcrito não ficando registado qualquer informação em relação ao autor das afirmações. Desta forma será garantida a confidencialidade das opiniões expressas.

Espera-se que com este trabalho se aumente a compreensão sobre o fenómeno da “mentalidade de silo nos serviços de saúde” o que poderá contribuir no futuro para um processo de integração de cuidados e de serviços mais compreensivo e eficaz e que possa ser potenciador de um melhor ambiente laboral.

O investigador principal agradece a participação, fazendo notar que a mesma é voluntária e que o participante se poderá retirar do estudo, assim o deseje.

O investigador principal,

João Caseiro,  
Porto, 14 de Fevereiro de 2017

Contacto: lmed05033@icbas.up.pt

#### Anexo 4: Guião dos grupos focais

Introdução	Boas vindas e apresentação do moderador
	Apresentação dos membros do grupo
	Explicação dos objetivos do estudo
	Confirmação de participação livre e esclarecida
	Introdução do conceito de “silo” e de “mentalidade de silo”
	Explicação de regras da discussão
Discussão	Questão curta de abertura / <i>ice-breaker</i>
	<p>Colocação sequencial das questões abertas em discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideram a problemática contida no termo “mentalidade de silo” relevante no âmbito dos serviços de saúde?</li> <li>• Que especificidades apresenta a “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?</li> <li>• Quais as causas da “mentalidade de silo” no contexto dos serviços de saúde?</li> <li>• Quais os “silos” que identifica nos serviços de saúde?</li> <li>• Em que medida é a “mentalidade de silo” responsável por dificuldades encontradas no dia-a-dia pela organização, pelos profissionais de saúde e pelos utentes?</li> </ul>
Conclusão	Pedido comentário final aos participantes
	Sumário da discussão
	Agradecimento pela participação e despedida